



1° Istituto Comprensivo
Scuola Infanzia – Primaria – Secondaria 1° Grado
“G. M. COLUMBA” - Sortino (SR)

Al Dirigente Scolastico

**SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-MALATTIE
METABOLICHE**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, in qualità di genitore/tutore, segnala quanto segue in riferimento
all'alunno _____ nato a _____
il _____, frequentante la/iscritto alla classe _____ del plesso

Allergia/intolleranza alimentare _____, di cui
allega certificazione medica rilasciata da _____

Malattia metabolica _____, di cui allega
certificazione medica rilasciata da _____

Alimenti da eliminare _____

Ulteriori informazioni utili _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, (sito comprensivocolumba.edu.it sez. Privacy) e di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Data _____

Firma _____