



Al Dirigente Scolastico
Dell'IPSSEOA di Soverato

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI E/O PATOLOGIE.

I sottoscritti

E

nato/a a _____ il _____ nato/a a _____ il _____

esercitanti patria potestà nei confronti del/della studente/studentessa _____
frequentante la classe _____ sez. ____ nell' A. S. 2023/2024.

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
- presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come

Attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione e/o le uscite didattiche;

- non è affett... da allergie a farmaci;
- presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione;
- non è affett... da patologie;
- è affetto dalle seguenti patologie come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sullo/a studente/essa da segnalare _____

_____, lì _____ Firma dei genitori/tutori

* Si ricorda che, secondo quanto previsto dal art. 155 c.c., novellato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54, la potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori/tutori. Nel caso in cui gli stessi non figurino conviventi nello stesso nucleo domiciliare, il presente modulo dovrà essere OBBLIGATORIAMENTE firmato dai due genitori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale.

N.B. In caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del Dpr 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma _____