**ISTITUTO COMPRENSIVO “GIUSEPPE GRASSA”**

Via L. VACCARA n. 25 -91026 MAZARA DEL VALLO (TP)

Tel. 0923908438 (Sede Centrale via Vaccara) - 0923941086 (Sede via Gualtiero)

Cod. TPIC843007*-*Cod.fiscale 91036660818

**e-mail tpic843007@istruzione.it *-* PEC tpic843007@pec.istruzione.it**

**SITO WEB** [**www.scuolagrassa.edu.it**](http://www.scuolagrassa.edu.it)

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore, in riferimento all’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**segnala quanto segue**

* Allergia/intolleranza alimentare, di cui allega certificazione medica rilasciata da ………………….
* Malattia metabolica (favismo, celiachia, diabete, glicogenosi, fenilchetonuria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui allega certificazione medica rilasciata da ……………………..
* Altro (specificare)
* Ulteriori informazioni utili

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Data Firma

#