**SEGNALAZIONE**

**ALLERGIE - INTOLLERANZE ALIMENTARI -MALATTIE METABOLICHE**

I sottoscritti

, in qualità di genitori/tutori, segnalano quanto segue in riferimento all’alunno

nato a il

, iscritto alla classe del plesso

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)

Alimenti da eliminare Alimenti consentiti Ulteriori informazioni utili

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell’informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 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