Al Comune di Gargallo

**Scuola infanzia \ primaria**

(spazio x il timbro di protocollo)

Oggetto: Segnalazione intolleranze \ allergie alimentari e patologie.

Io sottoscritto

genitore del **bambino**

nato a il

iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola di Gargallo

**DICHIARA** CHE il proprio figlio

* NON E’ affetto da allergie \ intolleranze alimentari
* E’ affetto dalla seguente

 allergia alimentare

intolleranza alimentare

 (compilare apposita richiesta per la variazione di menu’ – all 1b e 1c)

* NON ha patologie da segnalare
* Ha la seguente patologia da segnalare (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)

* NON deve assumere farmaci durante la presenza a scuola
* Deve assumere i seguenti farmaci (al fine di permettere la corretta gestione dei sintomi)

* Libera il personale addetto da eventuali responsabilità correlate

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e/o "sensibili", presta il proprio consenso, autorizzando il Comune di Gargallo e le ditte **affidatarie dei servizi di assistenza e/o refezione scolastica** a gestire tale finalità.

Data Firma