

da riconsegnare entro e non oltre il 03/09 (tutti)

(spazio x il timbro di protocollo)

Al Comune di Gargallo

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 disponibile c/o gli uffici comunali)

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 _____