



Al Comune di Gargallo

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via / Piazza _____

codice fiscale _____ telefono _____

mail \ pec _____

genitore dell'**alunno/a** _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via / Piazza _____

codice fiscale _____

che frequenta la classe _____ presso la scuola **infanzia / primaria** di Gargallo

CHIEDE

per il corrente anno scolastico per il proprio figlio la fruizione del servizio MENSA

e DICHIARA che

- nulla osta a fare foto ricordo di gruppo e delle varie attività (che non verranno rese pubbliche)
- che le persone autorizzate a portare / prendere il proprio figlio alla mensa sono:
(indicare: cognome - nome - parentela - recapito telefonico)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

DICHIARA inoltre 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' e indicarlo su App)

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.

Note ulteriori

Gargallo, _____ Firma _____