Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it

European Commission

Funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

allergie/intolleranze

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
Istituto Omnicomprensivo
"R.LAPORTA" FABRO

I sottoscritti..... genitori dell'alunno/a……frequentante la classe della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di I° Grado di ..... ……

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a è intollerante/allergico ai seguenti cibi:

……..
……..

come da certificato medico allegato, pertanto chiede che durante la mensa tali cibi non gli venganosomministrati.

Ì……. Firma genitore 1 ----------
Firma genitore 2 ----------

Nel caso in cui uno dei genitori non possa esprimere il proprio consenso, si prega firmare la dichiarazione sotto riportata:
"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data_____ **Firma del genitore**_____

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Cinzia MEATTA
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lgs 39/1993