

LICEO GINNASIO STATALE “G. VERGA” - 95031 ADRANO (CT)

ALLEGATO 2 – DICHIARAZIONE INTOLLERANZE/ALLERGIE – STUDENTI MINORENNI

La sottoscritta _____
il sottoscritto _____
recapito telefonico _____
genitore/i di _____ nato/a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20_____/20_____
la classe _____ sezione _____ indirizzo _____ del Liceo Giovanni Verga Adrano

DICHIARA

(barrare quanto di interesse)

- ☐ che il proprio figlio presenta Intolleranza alimentare (specificare) _____
- ☐ che il proprio figlio presenta Allergia alimentare (specificare) _____
- ☐ che il proprio figlio presenta Intolleranza a farmaci (specificare) _____
- ☐ che il proprio figlio necessita di pasti speciali per celiachia o _____ (specificare) _____

☐ che il proprio figlio/a NON è affetto da Intolleranze o Allergie Alimentari

☐ che il proprio figlio/a deve seguire la seguente terapia farmacologica: _____

Data _____

Firma dei genitori _____

Firma dei genitori _____

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO ☐

SI ☐

Firma dei genitori _____

Firma dei genitori _____

NEL CASO IN CUI IL SECONDO GENITORE NON POSSA FIRMARE

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma del genitore _____

LICEO GINNASIO STATALE “G. VERGA” - 95031 ADRANO (CT)

ALLEGATO 2 bis – DICHIARAZIONE INTOLLERANZE/ALLERGIE – STUDENTI MAGGIORENNI

DICHIARAZIONE EVENTUALI INTOLLERANZE/ALLERGIE

Il/la sottoscritta _____

nato/a _____ il _____

frequentante per l'anno scolastico 20____/20____

la classe _____ sezione _____ indirizzo _____ del Liceo Giovanni Verga Adrano

DICHIARA

(barrare quanto di interesse)

☐ di presentare Intolleranza alimentare (specificare) _____

☐ di presentare Allergia alimentare (specificare) _____

☐ di presentare Intolleranza a farmaci (specificare) _____

☐ di necessitare di pasti speciali per celiachia o _____ (specificare)

☐ di non essere affetto da Intolleranze o Allergie Alimentari

☐ di seguire la seguente terapia farmacologica: _____

Data _____

Firma _____

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO ☐

SI ☐

Firma _____