**OGGETTO: Dichiarazione allergie ed intolleranze alimentari**

I sottoscritti

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cognome*** | | ***Nome*** | ***Sesso*** | |
|  | |  | M | F |
|  | | | | |
| ***Data di nascita*** | ***Luogo di nascita*** | | | |
|  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Indirizzo residenza*** | ***Città di residenza*** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Telefono abitazione*** | ***Telefono cellulare*** | ***Indirizzo E-mail*** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cognome*** | | ***Nome*** | ***Sesso*** | |
|  | |  | M | F |
|  | | | | |
| ***Data di nascita*** | ***Luogo di nascita*** | | | |
|  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Indirizzo residenza*** | ***Città di residenza*** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Telefono abitazione*** | ***Telefono cellulare*** | ***Indirizzo E-mail*** |
|  |  |  |

in qualità di *(barrare la casella del caso):*  genitori 

dell’utente del servizio di refezione scolastica del modulo relativo al Piano Scuola Estate

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cognome*** | | ***Nome*** | ***Sesso*** | |
|  | |  | M | F |
|  | | | | |
| ***Data di nascita*** | ***Luogo di nascita*** | | | |
|  |  | | | |

previamente informati e consapevoli delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall’art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’**

DICHIARANO

* che il proprio figlio, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:
* che il proprio figlio è affetto da:
  + Intolleranza alimentare
  + Allergia alimentare
  + Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

così come risulta dal ***certificato medico allegato alla presente*** e rilasciato recentemente dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia.

* che il proprio figlio non è affetto da intolleranze, allergie e/o malattie metaboliche

I sottoscritti dichiarano altresì di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento dei dati personali è Con la firma apposta in calce alla presente, esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

***Si allegano documenti di riconoscimento in corso di validità***

Tortorici, FIRME

(data)