***Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “Zanotti Bianco”***

***Sibari (CS)***

***SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-MALATTIE METABOLICHE***

*Il sottoscritto nato a il , in qualità di genitore/tutore, segnala quanto segue in riferimento all’alunno*

*nato a il*

*, frequentante la/iscritto alla classe del plesso*

***Allergia/intolleranza alimentare*** *, di cui allega certificazione medica rilasciata da*

***Malattia metabolica***(favismo, celiachia, diabete, glicogenosi, fenilchetonuria) ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****,*

*di cui allega certificazione medica rilasciata da*

***Altro*** *(specificare)*

***Alimenti da eliminare***

***Alimenti consentiti***

***Ulteriori informazioni utili***

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm. ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.*

*Data*

*Firma*

*:::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::*