

I sottoscritti _____ (padre)
_____ (madre)

esercitanti la patria potestà sul minore:

(Cognome e nome) _____

frequentante la:

Scuola Infanzia plesso di _____ Sezione _____

Scuola Primaria plesso di _____ Classe _____

COMUNICANO CHE

ha le seguenti allergie / intolleranze alimentari ai fini dell'utilizzazione della mensa scolastica, così come risulta dalla certificazione medica allegata.

ALLERGIE ALIMENTARI:

1. _____

2. _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

1. _____

2. _____

Si allega il relativo certificato medico.

REGIME ALIMENTARE DIFFERENZIATO PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI

**Consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili
Regolamento UE/679/ 2016**

Il sottoscritto.....
nato a il.....
residente a Via.....n.....
autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche (regolamento UE/679/2016, l'istituzione scolastica al trattamento dei dati personali per la comunicazione della dieta differenziata agli organi competenti.

SASSARI, ___/___/2019 (Data di presentazione all'Ufficio di segreteria).

Firma del padre _____

Firma della madre _____