



**MINISTERO PUBBLICA ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SENORBI' (CAIC83000C)**

Via Campiooi,16 - Senorbi - ☎ 070/9808786 - ☎ 0709806170

C.F. 92105000928 - e-mail caic83000c@istruzione.it ; caic83000c@pec.istruzione.it

Sez. associate: Scuola Infanzia Senorbi CAAA830019 - Barrali CAAA83003B - San Basilio CAAA83004C - Suelli CAAA83005D

Scuola Primaria Senorbi CAEE83001E - Suelli CAEE83002G - Barrali CAEE83003L - San Basilio CAEE83004N

Secondaria I grado Senorbi - CAMM83001D - Suelli CAMM83002E - Barrali CAMM83003G - San Basilio CAMM83004L

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE

I sottoscritti:

_____, nato a _____ il ___/___/_____,
C.F. _____, residente a prov.
via..... n. cap.....;

e
_____, nato a _____ il ___/___/_____,
C.F. _____, residente a prov
via..... n. cap.

in qualità di genitori (tutori o esercenti la responsabilità genitoriale) dell'alunn_ _____
_____ nat_ a _____ il ___/___/_____, frequentante la
classe ___ sez. ___ presso l'Istituto _____ Scuola _____,

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a risulta affetto/a dalle seguenti allergie/intolleranze:

Si allega idonea certificazione medica attestante la patologia dichiarata.

In fede

Luogo _____, ___/___/_____

*Nel caso di unica firma, il genitore che autorizza, **consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci** (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori).*

Firma dei genitori:
