

## DICHIARAZIONE ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI

<b>Studente minorenni</b>  Io sottoscritto/a .....  Genitore dello studente .....  Della classe .....  Dichiaro	<b>Studente maggiorenne</b>  Io sottoscritto/a .....  Studente della classe .....    Dichiaro
---	--

previamente informato/a e consapevole 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'**

### DICHIARA

**che mio figlio non è affetto / che non sono affetto da intolleranze, allergie alimentari o malattie metaboliche**

Oppure

**che mio figlio è affetto da / che sono affetto da:**

Intolleranza alimentare, indicare gli alimenti: .....

Allergia alimentare e/o ai seguenti farmaci, indicare: .....

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

Oppure

**che mio figlio/il sottoscritto, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:**

.....

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, 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. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

.....