

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI e ASSUNZIONE FARMACI

Studente minorenni Io sottoscritto/a Genitore dello studente Della classe	Studente maggiorenne Io sottoscritto/a Studente della classe
---	--

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 RESPONSABILITÀ**

DICHIARO

1. ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI

- ☐ Nessuna
- ☐ Intolleranza:
- ☐ Allergia:

Note aggiuntive (gravità, contaminazioni, ecc.):

2. LIMITAZIONI ALIMENTARI PER MOTIVI ETICI O RELIGIOSI

- ☐ Nessuna
- ☐ Vegetariano
- ☐ Vegano
- ☐ Senza carne di maiale
- ☐ Altro

3. ASSUNZIONE DI FARMACI

- ☐ No
- ☐ Sì, solo se rilevanti:

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

.....