

OGGETTO: Dichiarazione intolleranze alimentari

I sottoscritti:

➤) _____ nato a _____ il ____/____/____;

➤) _____ nato a _____ il ____/____/____;

Genitori/Tutori dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Iscritto/a alla *classe/sezione* _____ del Plesso scolastico di _____,

D I C H I A R A N O

Sotto la propria personale responsabilità che I propri figli :

NON è affetto/a da intolleranze alimentari

E' affetto/a da intolleranze alimentari

Pertanto è necessario prendere le seguenti precauzioni:

Gli scriventi si impegnano a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Anzio, ____/____/20____

Firma leggibile (padre) _____

(madre) _____

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

I sottoscritti presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi del GDPR 2016/679, dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica amministrazione.

Firma leggibile * (padre) _____

(madre) _____

**la firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale*

(in caso firma di un solo genitore) Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter., e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

FIRMA del genitore