

**COMUNICAZIONE DI
EVENTUALI ALLERGIE/PATOLOGIE
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NOME _____ COGNOME _____

GENITORE/TUTORE

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ ANNO SCOLASTICO _____

NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30.GIUGNO.2003
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) E
SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A NON HA ALCUNA ALLERGIA
IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI
ALIMENTI E/O SOSTANZE _____

IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A NON HA ALCUNA 'PATOLOGIA'
IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' AFFETTO DA QUESTA 'PATOLOGIA':

TALI DATI POTRANNO ESSERE SUCCESSIVAMENTE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE
NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

Lido di Camaiore, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(PADRE)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(MADRE)