

**SEGNALAZIONE DI ALLERGIE, INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O PATOLOGIE  
a.s. 2022/2023**

I sottoscritti (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ e  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
genitori/tutori/affidatari di (nome) \_\_\_\_\_ (cognome)  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola  
infanzia/primaria/secondaria del Comune di \_\_\_\_\_ - dell'IC "Cavour"  
di Palazzolo dello Stella

**COMUNICANO**

al fine della successiva trasmissione all'Amministrazione Comunale che organizza la  
distribuzione dei pasti presso la scuola suddetta, che il minore

O non ha alcuna allergia o intolleranza alimentare

O \*è affetto da allergia a \_\_\_\_\_

O \*è affetto da intolleranza a \_\_\_\_\_

O \*è affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

\*in caso di allergie o intolleranze è necessario allegare la certificazione medica.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,  
n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

Firme di entrambi i genitori/tutori/affidatari

\_\_\_\_\_

In caso in cui firmi un solo genitore/tutore/affidatario:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_