



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "A. VOLTA"
Via G. Cirillo, s.n. - 66023 FRANCAVILLA AL MARE (CH)
Tel. 085/817251 - 085/4914661 - Fax. 085/4916811
E-MAIL: chis017009@istruzione.it - PEC: chis017009@pec.istruzione.it
SITO: www.liceoavolta.it - C.F.: 93052590697 - Codice univoco: UFRUD5

Al Dirigente Scolastico
Istituto D'istruzione Superiore "A Volta"
Via G. Cirillo, S.N. -
66023 Francavilla Al Mare (Ch)

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/La sottoscritt... _____ genitore* dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ del Liceo
_____ di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLIO/A...

☐ non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come

attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le
visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

☐ non è affett... da allergie a farmaci;

☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili da segnalare

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati personali pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri Contenuti / privacy del sito web istituzionale dell'istituto scolastico e nella sezione privacy del sito web e di acconsentire al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa (Reg. UE 2016/679).

DICHIARA INOLTRE

Di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e la certificazione medica allegata potranno essere comunicate alle ditte esterne che gestiscono la preparazione dei pasti allo scopo di predisporre il menù particolare richiesto.

_____, lì _____

Firma del genitore

*o affidatario che esercita la patria potestà.