

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.I.S. "P.L. NERVI"  
DI LENTINI

Progetto FSEPON SOCIALTIME

Moduli:  GIOCANDO S'IMPARA

INSIEME PER VINCERE

TUTTE LE IMMAGINI CHE HO VISTO

OGGETTO: SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
e

la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

in qualità di genitori (o di tutori o di soggetti affidatari ai sensi della Legge n. 184 del 04/05/1983)  
dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante il modulo \_\_\_\_\_  
del progetto FSEPON "Social Time" dell'I.I.S. "P.L.Nervi" di Lentini \_\_\_\_\_

**COMUNICANO**

che il proprio figlio/a- tutelato/a **NON è affetto** da allergie/intolleranze alimentari;

al fine della successiva trasmissione al Servizio Mensa che il proprio figlio/a - tutelato/a **è affetto** dalle allergie/intolleranze alimentari indicate nella certificazione medica allegata.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione.

Si allega certificazione medica.

In fede

Luogo e Data.....

Firma del padre .....

Firma della madre.....

Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale .....