MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA

da restituire a scuola al docente coordinatore di classe/sezione

I sottoscritti, Sig……e Sig.ra ..... genitori dell'alunno/a ……..... frequentante nel corrente anno scolastico la classe ……. sez. …….. della scuola…… ……. del Comune di……

D**ICHIARANO**

(barrare con una x la casella prescelta)

□ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
□ che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i
(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che può mangiare in alternativa):
…… …….
…….. ……
…….. …….
…….. ……
di aver preso visione della circolare N. Prot.n. del ___ /___ /2025.

□ **autorizzano**
□ **non autorizzano**

Codesta Istituzione a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

Firma dei genitori * Data

_____

_____

*** NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.**

lì_____ Firma del genitore_____