

## MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE

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

### DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti intolleranze e/o allergie alimentari:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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 \_\_\_\_\_