

Ministero della Pubblica Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per la Campania

DIREZIONE DIDATTICA STATALE GRAGNANO 2 "ORESTE LIZZADRI"

Via Vittorio Veneto, 18 - 80054 Gragnano (NA) - tel.081.8012921 - fax 081.801.30.02

E -mail: naee142002@istruzione.it - c .f . 82008620633

Sito web: www.ddgragnano2.it

MODULO PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI

(da compilare a cura del genitore del bambino)

COGNOME e NOME.....DATA DI NASCITA ___ / ___ / ___
RESIDENTE A..... VIA.....
TEL..... CELL.....
IL BAMBINO FREQUENTA LA SCUOLA : _____
(nome e luogo)
cl.....sez..... Modulo

SINTOMATOLOGIA PRESENTATA:

- [] GASTROENTEROLOGICA SPECIFICARE _____
[] CUTANEA SPECIFICARE _____
[] RESPIRATORIA SPECIFICARE _____
[] ALTRO SPECIFICARE _____

ALLERGIE ALIMENTARI:

(elencare alimenti da evitare)

.....
.....

ALLERGIE DA CONTATTO :

(elencare prodotti da evitare)

.....
.....

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Firma del genitore

[] Allega: _____ ;
