

**Segnalazione allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche, diete speciali.**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... il ..... in qualità di genitore/tutore legale esercente  
la potestà genitoriale sull'alunno/a

.....  
frequentante attualmente la classe ..... sezione ..... della scuola dell'Infanzia /Primaria/Secondaria I  
grado plesso di Leporano/Zaccaria per l'a.s. 20..... / 20.....

**COMUNICA**

che, come da documentazione media allegata alla presente, l'alunno/a sopra indicato/a è affetto/a da:

---

---

---

---

che necessità delle seguenti attenzioni:

---

---

---

---

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Luogo \_\_\_\_\_

Data  
\_ / \_ / \_

Firma(1) \_\_\_\_\_

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).