

## SCHEDA DI DICHIARAZIONE DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "A. Inveges" di Sciacca  
Prof.ssa Maria Angela Croce

I sottoscritti \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

genitori

esercenti la potestà genitoriale

dell'alunna/o \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di 1° Grado

COMUNICANO CHE L'ALUNNA/O \_\_\_\_\_

non è affetta/o da intolleranze alimentari;

è affetta/o dalle seguenti intolleranze alimentari:

\_\_\_\_\_  
Dichiarano inoltre di essere informati, su quanto previsto dal Regolamento C.E. n. 852/2004, recante norme sull'igiene dei prodotti alimentari.

Sono altresì informati del fatto che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sciacca,

\_\_\_\_\_  
Firma dei genitori o esercenti la potestà genitoriale  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_