

Al Dirigente scolastico

I.C. "R.Piria" – Scilla (RC)

\_l\_ sottoscritt\_ COGNOME\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_ COGNOME\_\_\_\_\_ NOME\_\_\_\_\_

Genitori/tutori dell'alunno/a\_\_\_\_\_

frequentante la Scuola  infanzia -  Primaria -  Secondaria di I grado

classe\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_ avendo preso visione della comunicazione  
avente per oggetto "Comunicazione allergie, intolleranze e/o patologie a.s. 2023/2024",

### DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli alimenti e/o sostanze come da certificato medico allegato
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia come da certificato medico allegato
- che sono necessari medicinali e/o farmaci salvavita per i quali si produrranno formali richieste di somministrazione (**ALL. 1 e ALL. 2**) o di auto-somministrazione (**ALL. 2 e ALL. 3**).

Qualora si dovessero presentare cambiamenti della situazione appena dichiarata, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla scuola.

Scilla , \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori (o tutori)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### In caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_