

Al Dirigente  
Scolastico dell'I.S.  
Cesaro-Vesuvius di Torre  
Annunziata (NA)

**Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo  
\_\_\_\_\_

**Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

**(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA) \***

- Intolleranza alimentare a ..... \*
- Allergia alimentare a ..... \*
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)  
.....

**\*ALLO SCOPO ALLEGA CERTIFICATO MEDICO IN BUSTA CHIUSA**

**2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

.....

Torre Annunziata, .....

Firma dei genitori

.....  
.....

*Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003*

Torre Annunziata, .....

Firma dei genitori

.....  
.....

*In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si 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.*