

**Oggetto: Dichiarazione allergie/intolleranze alimentari**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_, genitori  
dell'alunn\_\_\_\_\_ frequentante  
la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_, partecipante alla visita  
guidata presso \_\_\_\_\_,

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/la propria figlia:

- NON presenta** allergie o intolleranze alimentari
- presenta** le seguenti **intolleranze alimentari**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- presenta** le seguenti **allergie alimentari**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRME

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

Con la presente si informa la S.V. che i dati forniti per le finalità connesse all'oggetto del presente documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Più specificamente, in linea con quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del Regolamento, il Titolare indica i modi e i termini di tale trattamento nelle informative pubblicate nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link:

<https://icpg9.edu.it/privacy-policy/> .

Se il trattamento dei dati connesso all'oggetto del presente documento non rientrasse nei casi indicati nella sopracitata informativa, l'Istituto ne alleggerà una specifica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

***In caso di firma di un solo genitore: "Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la dichiarazione in oggetto 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".***

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_