MODULISTICA ALUNNI – ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE TERME VIGLIATORE

Mod. D) ASSENZ INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA *(Rev. 1 del 13/12/2024*)

da restituire a scuola al docente coordinatore di classe/sezione

I sottoscritti, Sig……………………………………………………e Sig.ra………………………………..………… genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………......................................... frequentante nel corrente anno scolastico la classe…….sez.………..della Scuola…...……………………

DICHIARANO

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

□ autorizzano □ non autorizzano

codesta Istituzione a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

***In caso di firma di un solo genitore/tutore/affidatario lo stesso sottoscrive contestualmente la seguente dichiarazione: “Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali corrispondenti a verità, ai sensi del d.p.r. 445 del 2000, Dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiede il consenso di entrambi genitori”.***

data e firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data e firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_