

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/titolare
della patria potestà dell'alunno/a _____
della classe/sezione _____

- scuola dell'infanzia VOLPICELLI - BACHELET
(cancellare il plesso che non interessa)
- scuola primaria VOLPICELLI - BACHELET
(cancellare il plesso che non interessa)
- scuola sec. I grado VIA del FRINGUELLO – VIA BELON
(cancellare il plesso che non interessa)

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a dalla seguente:

ALLERGIA (sostanze, alimenti, farmaci, ecc.): _____

PATOLOGIA: _____

per **MOTIVO ETICO_RELIGIOSO** non assume i seguenti alimenti: _____

Il/La sottoscritto/a:

- consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la comunicazione 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;

- dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del DLgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. In particolare, il **trattamento dei dati particolari** viene effettuato nel rispetto dell'articolo 9 paragrafo 2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679.

- Roma, _____

FIRMA

N.B. Se inviata per mail la presente comunicazione deve essere corredata dalla fotocopia del documento di identità del genitore dichiarante.