

**ISTITUTO COMPRENSIVO CASTROVILLARI I**  
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado  
 Piazza Indipendenza snc - 87012 CASTROVILLARI (CS)  
 Tel. e Fax 0981491387 – C.F.94040900782– C.M. CSIC8A3008  
 E-mail: [csic8a3008@istruzione.it](mailto:csic8a3008@istruzione.it) – [csic8a3008@pec.istruzione.it](mailto:csic8a3008@pec.istruzione.it)  
 Sito web: [www.iccastrovillari1.edi.it](http://www.iccastrovillari1.edi.it)

**Oggetto: allergie, Intolleranze alimentari e diete speciali**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
 Genitori/ tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 frequentante per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ la classe...../sezione.....  
 del plesso.....recapito telefonico \_\_\_\_\_

(Barrare la parte del modulo che interessa)

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

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, .....
- .....
- Alimenti da eliminare: .....

Allo scopo allega CERTIFICATO MEDICO

**2) Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari**

**3) Fa presente che il proprio figlio/a per motivi etici o religiosi non può assumere i seguenti alimenti:**

\_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm.ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori  
 \_\_\_\_\_

**N.B.: Si prega di restituire la presente copia cartacea, debitamente compilata, anche in assenza di segnalazioni, ai docenti della classe/sezione.**