

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL II CIRCOLO DIDATTICO  
"DON PEPPE DIANA"  
DI ACERRA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/madre)

esercitanti la patria potestà sul minore:

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_

frequentante la:

Scuola Infanzia Sezione \_\_\_\_\_  
Dichiarano che lo stesso \_\_\_\_\_

ha le seguenti allergie / intolleranze alimentari ai fini dell'utilizzazione della mensa scolastica, così come risulta dalla certificazione medica allegata.

ALLERGIE ALIMENTARI:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Si allega il relativo certificato medico.**

REGIME ALIMENTARE DIFFERENZIATO PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI

**Consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili Regolamento UE/679/ 2016**

Il sottoscritto.....

nato a ..... il .....

residente a ..... Via..... n.....

**autorizza**, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche (regolamento UE/679/2016, l'istituzione scolastica al trattamento dei dati personali per la comunicazione della dieta differenziata agli organi competenti.

Acerra, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(

Firma genitore \_\_\_\_\_

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 DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/riciesta 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.