



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE GROSSETO 5
Via Rovetta 35 – 58100 GROSSETO

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. 5 di Grosseto

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____
_____ della classe _____ sez _____ Scuola _____

DICHIARA
che il/la proprio/a figlio/a

- Non soffre di nessuna patologia
- Soffre delle seguenti patologie _____
- Non ha allergie farmacologiche
- Ha allergie ai seguenti farmaci _____
- Non ha allergie alimentari
- Ha allergie ai seguenti alimenti _____
- In caso di assunzione (regolare o eventuale) di particolari farmaci, si impegna a comunicarne modalità, posologia, controindicazioni, effetti collaterali, interazioni.

____L____ SOTTOSCRITT____ DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE L'ISTITUZIONE SCOLASTICA PUÒ UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.Lgs. 196/2003).

Data _____

Firma _____