**Al Dirigente scolastico**

**IIS Amedeo Avogadro**

**Vercelli**

|  |
| --- |
| **MODULO COMUNICAZIONE INTOLLERANZE / ALLERGIE / MALATTIE METABOLICHE** |

**Informativa breve rilasciata ai sensi dell’art.13 del R.UE 2016/679**

Si informano gli esercenti la responsabilità genitoriale o l’alunno maggiorenne che, in riferimento al R.E. 2016/679 (Privacy), i dati personali e/o “particolari” forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell’organizzazione del servizio richiesto. Il conferimento dei dati è facoltativo ma il mancato conferimento non consentirà di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti in occasione di gite e visite d’istruzione che prevedono somministrazione di pasti. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere, esclusivamente, istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è l’IIS A. Avogadro (VC)”” nella persona del Dirigente scolastico in carica pro tempore. In ogni momento gli interessati potranno esercitare, laddove previsti, i diritti di cui agli art 15-22 , nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del R.E. 2016/679, utilizzando l’apposito modulo presente sul sito web dell’istituto [www.iisavogadrovc.edu.it](http://www.iisavogadrovc.edu.it) alla sezione privacy.

Il / La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**0**

L’Alunno maggiorenne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ] Liceo Scientifico Vercelli [ ] ITI Santhià

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

• Intolleranza alimentare a…………………………………………………………………………………………………… • Allergia alimentare a…………………………………………………………………………………………………………. • Altro……………………………………………………………………………………………………………………………………

2) **C h i e d e**

- che al/alla proprio/a figlio/a vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito

3) **D i c h i a r a** - di essere disponibile ad offrire eventuale collaborazione e a tal fine.

[ ] **Allo scopo allega certificato medico recente** [ ] **Dichiara che la documentazione è agli atti dell’Istituto**

(Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai MMG, Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato).

Firma (genitori) 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nel caso di firma di un solo genitore**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data…………………………