



Maria Adelaide

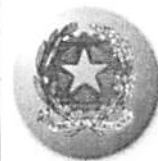
**EDUCANDATO STATALE "MARIA ADELAIDE"**  
**ISTITUTO SUPERIORE STATALE COMPRENSIVO**  
LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO EUROPEO - LICEO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE OPZIONE  
CINESE

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO - SCUOLA PRIMARIA

CORSO CALATAFIMI, 86 - 90129 PALERMO

Telefono 0916572233 - Email PAVE010005@istruzione.it -

ave010005@pec.istruzione.it - Sito WEB [www.educandatomariadelaide.edu.it](http://www.educandatomariadelaide.edu.it)



EDUCANDATO STAT. M. ADELAIDE  
Prot. 0022534 del 12/09/2023  
V (Uscita)

*CIRC. N° 26*

*DEC 12-9-2023*

- A Genitori degli/delle Alunni/e  
Delle scuole di ogni ordine e grado
- Al Primo Collaboratore della D.S
- Al Secondo Collaboratore della D.S.
- Alle Collaboratrici della D.S per il  
Personale Educativo  
Alla D.S.G.A.
- Ai Componenti dell'Ufficio Staff di Presidenza
- p.c All' RSPP
- Agli/Alle RLS

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.** (Ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 81/08 e dell'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445)

Si invitano i genitori degli/delle alunni/e delle scuole di ogni ordine e grado a voler compilare ed inviare all'indirizzo di posta elettronica [pave010005@istruzione.it](mailto:pave010005@istruzione.it) il modulo allegato alla presente.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Virginia Filippone

\*Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 82/2005 s. m. i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Alla Dirigente Scolastica  
Educatore Statale Maria Adelaide

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.** (Ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 81/08 e dell'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ esercenti la potestà  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_.  
Re. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ PEO \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28 Dicembre 2000, nonché dell'art. 26 comma 1 - lettera a) consapevoli delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e delle conseguenti responsabilità civili, sotto la propria personale responsabilità,

### DICHIERANO

così come comunicato dal medico di base, che l'alunno/a

- non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;  
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione, inoltre

- non è affetto/a da allergie a farmaci;  
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Infine dichiarano e segnalano altre informazioni utili sul proprio figlio/a è affetto/a dalle seguenti patologie:  insufficienza cardiaca,  insufficienza respiratoria,  asma,  epilessia,  diabete,  celiachia,  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_