



ISTITUTO PARITARIO "DIVINA PROVVIDENZA"
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA DI 1° GRADO
DISTR. XX – MUNICIPIO IX

VIA MATTEO BARTOLI, 255 00143 ROMA TEL- 06-5011247

E mail presidenza@scuoladivinaprovidenza.it, segreteria@scuoladivinaprovidenza.it,
amministrazione@scuoladivinaprovidenza.it

Spett.le Istituto Paritario
"DIVINA PROVVIDENZA"
Via Matteo Bartoli, 255 - Roma

Oggetto: dichiarazione di allergie alimentari (a.s. 202__/202__)

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno/a _____, nato/a a _____
il _____, iscritto/a alla classe _____ della scuola (*barrare la voce
che interessa*):

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria I Grado

COMUNICANO

che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a alle seguenti sostanze alimentari:

come risulta dall'**allegato certificato medico**.

Roma,

Firma del Genitore

Firma del Genitore

I sottoscritti, inoltre, **AUTORIZZANO** l'Istituto Paritario Divina Provvidenza al trattamento dei dati secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dal Decreto Legislativo 10/08/2018 n. 101.

Roma, _____

Firma del Genitore

Firma del Genitore
