**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA**

da restituire ai docenti di classe/sezione

I sottoscritti, Sig……………………………………………………e Sig.ra………………………………..………………………..…genitori

dell’alunno/a ………………………………………………………………………………........................................... frequentante nel corrente anno scolastico la classe ……. sez. ……….. della Scuola………………………….…...……………………………

**DICHIARANO**

 che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

 che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………

**□ autorizzano □ non autorizzano**

Codesta Istituzione Scolastica a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

□ \_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_, consapevol\_\_\_\_\_ 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. **(*Barrare in caso di firma di un solo genitore*).**

Barletta, lì……………………………………..

Firma leggibile dei genitori o tutori

………………………………………………………… ….…………………………………………………….