

	<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. MARCONI" Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado – 84091 - Battipaglia (SA) -</p>	
Codice Fiscale: 91050600658	Sito internet: www.icmarconibattipaglia.edu.it	Codice Meccanografico: SAIC8AD009
Ambito: DR Campania - SA-26	E-mail: saic8ad009@istruzione.it	Indirizzo: Via Ionio Snc
Telefono: 0828 371200 Fax: 0828679927	P.E.C.: saic8ad009@pec.istruzione.it	Codice Unico Ufficio: UFCGWI

Ai docenti delle

Sezione _____ / Classe _____

Scuola _____

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a frequentante la sez. _____ / classe _____ della Scuola

dell'I.C. "G. Marconi" di Battipaglia, dichiarano che il/la proprio/a figlio/a è affetto da allergie/intolleranze alimentari (barrare la voce interessata). In caso affermativo indicare le allergie o intolleranze

I sottoscritti inoltre dichiarano che il/la proprio/a figlio/a presenta/non presenta (barrare la voce che interessa) patologie croniche per le quali si richiede la somministrazione di farmaci a scuola. In caso affermativo occorrerà compilare apposita documentazione da ritirare in segreteria.

Battipaglia _____

I genitori dell'alunno/a

In caso di assenza dell'altro 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 artt. 316, 337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Genitore/Tutore _____