



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

*"Renato Guttuso"*

C.F. 97162970822

☎ -091/6144932 - FAX ☎ 091/490719

✉ Via Messina Marine, 811- 90121 - PALERMO (PA)

web: [istcompguttuso.gov.it](http://istcompguttuso.gov.it)

e-mail: [paic855002@istruzione.it](mailto:paic855002@istruzione.it) [paic855002@pec.istruzione.it](mailto:paic855002@pec.istruzione.it)

Prot. n.  
del

Ai genitori/Agli affidatari  
dell'alunn \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Al fine di tutelare il benessere psicofisico dell'alunno, si chiede di segnalare a questa Istituzione Scolastica se il proprio figlio, nel caso di organizzazioni di visite guidate che prevedano consumazioni di pasti al di fuori del contesto familiare o di attività in classe che prevedano il consumo di alimenti all'interno della scuola, debba seguire particolari accortezze alimentari  
Si prega pertanto di compilare il modello che segue e restituirlo firmato.  
Palermo, li \_\_\_\_\_

*Per Dirigente Scolastico:*  
Il Docente Coordinatore-Prevalente

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
di questo Istituto,

**DICHIARANO**

- Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti.
- Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:

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

- per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato)
- per altri motivi

- inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)

Pertanto,

**CHIEDONO**

che siano vietati al/alla proprio/a figlio/a i seguenti alimenti

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE**  
(D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini della elaborazione della dieta speciale, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare la dieta stessa e che i propri diritti sul trattamento dei dati forniti sono tutelati dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_  
Firma della madre \_\_\_\_\_