



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Dichiarazione intolleranze e/o allergie alimentari

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di aver richiesto l'iscrizione del proprio figlio al Centro di aggregazione "Il Magico Mondo"

- per bambini dai 6 ai 10 anni
- per ragazzi dagli 11 ai 15 anni

che il proprio figlio

risulta essere allergico o intollerante ai seguenti alimenti

Alimenti

non risulta essere allergico o intollerante ad alcun alimento

di essere consapevole che tale dichiarazione è da intendersi valida per tutto il periodo relativo alla frequenza dei centri 2023/2024, salvo revoca o diversa disposizione presentata dalla famiglia che è tenuta ad aggiornare tempestivamente il personale circa nuove indicazioni in merito

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia del certificato medico per allergie o intolleranze alimentari

Altopascio

Luogo

Data

il dichiarante