

MODULO DI SEGNALAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La sottoscritto/a (Genitore / Tutore) _____

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno/a:

Cognome e Nome: _____

Luogo e Data di nascita: _____ C.F. _____

Iscritto/a per l'A.S. 2026/2027 alla classe _____ Sezione _____

SEGNALA CHE L'ALUNNO/A

☐ È affetto/a da **ALLERGIA ALIMENTARE** a: _____

☐ È affetto/a da **INTOLLERANZA ALIMENTARE** a: _____

☐ È affetto/a da **CELIACHIA**

☐ È affetto/a da **FAVISMO**

☐ Altro (specificare): _____

CONSEGUENZE IN CASO DI INGESTIONE ACCIDENTALE

☐ Shock anafilattico (Necessita di farmaco salvavita / Adrenalina pronta all'uso)

☐ Orticaria / Prurito / Gonfiore/difficoltà respiratorie

☐ Disturbi gastrointestinali

☐ Altro: _____

☐ Si dichiara l'assunzione di farmaco salvavita _____

In caso affermativo, allegare la seguente documentazione:

1. **Certificato medico aggiornato** rilasciato dal pediatra di libera scelta o da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con validità non superiore a 12 mesi.
2. **Piano terapeutico** (se necessaria la somministrazione di farmaci salvavita a scuola)
3. **Autorizzazione alla somministrazione del farmaco in ambiente scolastico;**
4. **Verbale di consegna alla scuola del farmaco;**
5. **Altra documentazione:**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto qualsiasi variazione dello stato di salute dell'alunno o l'eventuale revoca della dieta speciale.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, attesta di aver effettuato la presente scelta 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.

Luogo e Data: _____

Firma del Genitore / Tutore: _____