## Al Dirigente Scolastico Liceo Classico Statale “Dante Alighieri”

**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE**

I sottoscritti

……………………………………………………………………………………………………………

genitori dell’alunno/a

…………………………………………………….. frequentante la classe…………….sezione ……..

Partecipante alla visita di istruzione a ………………………………………………………………………

Programmata dal …………………………. al …………..

**DICHIARANO**

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
* che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a ai seguenti principi farmacologici:

□ Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa):

**DICHIARANO**

Che il/la proprio/a figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

FARMACO/POSOLOGIA: FARMACO/POSOLOGIA: FARMACO/POSOLOGIA: FARMACO/POSOLOGIA:

In fede

Genitore 1 \_ Genitore 2

Latina ………/…………/…………

**NOTA BENE:**

1. Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile,amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 45/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell’altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e 337 quarter del codice civile).
2. In caso di genitori separati/divorziati, si richiede doppio modulo di consenso firmato singolarmente