

AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a (indicare nome e cognome del genitore o tutore legale):

Genitore/tutore legale di (indicare il nome del minore):

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N 445 DEL 28.12.2000 CHE MIO/A FIGLIO/A**NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO)**☐ È certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da:☐ Operatore ULSS☐ Insegnante di sostegno☐ Manifesta particolari patologie:☐ problemi cardiaci☐ problemi respiratori (es. asma bronchiale)☐ problemi osteo-muscolari☐ problemi motori☐ diabete☐ problemi osteo-muscolari☐ altro

Specificare il tipo di problema:

☐ Ha le seguenti allergie non alimentari:☐ Farmaci (specificare)☐ Punture d'insetti (specificare)☐ Altro (specificare)**RICHIESTA DI DIETA SPECIFICA PER ALLERGIE (DEVE ESSERE CORREDATA DA CERTIFICATO MEDICO) O MOTIVAZIONI ETICO-RELIGIOSE**☐ Ha le seguenti allergie o intolleranze alimentari:☐ Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi:☐ Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza. **Allegare certificato medico e istruzioni relative alla posologia**

Data ____/____/____

Firma del genitore o tutore legale _____