



CIRC. n. 22

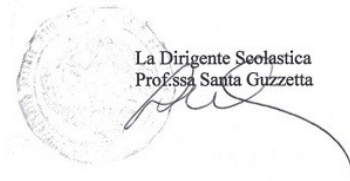
I.C. PRINCIPESSA ELENA DI NAPOLI
Prot. 0010589 del 15/09/2025
01-11 (Uscita)

Ai Sigg. Genitori degli alunni
A tutto il Personale
Agli atti
Al Sito web
Portale Argo

Oggetto: Comunicazione intolleranze alimentari e/o allergie e necessità di assunzione di farmaci

Le SS.LL. sono invitate, qualora non avessero già provveduto, a comunicare a codesta istituzione eventuali intolleranze e/o allergie a cibi, bevande ed altro dei propri figli. Sono pregate di presentare dettagliata certificazione medica e le istruzioni di prevenzione e/o di intervento di primo soccorso illustrate dal pediatra di riferimento, entro il 30/09/2025. Le comunicazioni dovranno essere consegnate in busta chiusa, per motivi di privacy, all'insegnante coordinatrice di classe.

Cordiali saluti.


La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Santa Guzzetta

Il presente documento è firmato digitalmente
ai sensi del D. Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme
collegate e sostituisce il documento cartaceo
e la firma autografa

All.ti:

- Certificato del medico curante pediatra di libera scelta o medico di medicina generale per la somministrazione di farmaci salvavita in ambito scolastico
- Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza.

**Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Principessa Elena di Napoli**

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

(Ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 81/08 e dell'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445)

I sottoscritti (padre) _____
(madre) _____ esercenti la potestà dell'alunno/a
_____ frequentante _____ la classe _____ sez. _____. Tel
_____, _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28 Dicembre 2000, nonché dell'art. 26 comma 1 lettera a) consapevoli delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e delle conseguenti responsabilità civili, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARANO

così come comunicato dal medico di base, che l'alunno/a

☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;
☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come attestato

dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione, inoltre

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;
☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Infine dichiarano e segnalano altre informazioni utili sul proprio figlio/a è affetto/a dalle seguenti patologie: ☐ insufficienza cardiaca, ☐ insufficienza respiratoria, ☐ asma, ☐ epilessia, ☐ diabete, ☐ celiachia, ☐ altro
(specificare) _____

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ Palermo, li _____

Firma di entrambi i genitori

