



**SEDE "LUIGI TANZI"**  
Via del Frascinaro, 6  
70042 – Mola di Bari  
Tel/Fax 080-4735717



**SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO  
"ALIGHIERI - TANZI"**  
**70042 MOLA DI BARI**  
**Cod. Mecc BAMM25700A – c.f. 93402770726**



**SEDE "DANTE ALIGHIERI"**  
Via Toti, 87  
70042 – Mola di Bari  
Tel/Fax 080-4745063

Mola di Bari, 16/03/2023

Alle famiglie alunni classi Terze  
partecipanti alle visite e viaggio istruzione  
Ai docenti accompagnatori  
AI DSGA

Circolare n. 241

Oggetto: Dichiarazione er allergie ed intolleranze per gita e visita palazzi Istituzionali

In previsione delle visite con pranzo e pernottamento, previste per le classi terze, si chiede alle famiglie degli alunni partecipanti ed ai docenti accompagnatori, qualora vi siano esigenze da dichiarare per quanto riguarda i pasti, di compilare (per i docenti accompagnatori, di adattare) il modulo allegato ed inviarlo all'indirizzo di posta [bamm25700a@istruzione.it](mailto:bamm25700a@istruzione.it) con oggetto "modulo per allergie, intolleranze alimentari e diete speciali" entro e non oltre **lunedì 20 marzo** alle ore 10,00.

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico  
f.to Daniele Guccione

**MODULO PER ALLERGIE, INTOLLERANZE ALIMENTARI E DIETE SPECIALI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

FA PRESENTE

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NECESSITA DI DIETA SPECIALE PER:

Motivazione sanitaria. Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i):

\_\_\_\_\_

Motivazione sanitaria. Allergia alimentare a (specificare alimento/i):

\_\_\_\_\_

Motivazione sanitaria. Malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia...):

\_\_\_\_\_

Motivazione etica

Motivazione religiosa

no carne di \_\_\_\_\_

dieta vegetariana

**DICHIARO**

che la dieta con motivazione sanitaria richiesta per mio figlio/a

è da considerare "a rischio vita" (shock anafilattico, ricovero...)

non è da considerare a rischio vita

Allergie a farmaci (specificare):

\_\_\_\_\_

Altre allergie (animali domestici...):

\_\_\_\_\_

Mola di Bari lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati, **anche sensibili**, ai sensi dell'art.13 d.lgs.30.06.03 n. 196

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ informato, ai sensi dell'art.13 del  
d.lgs.30.06.03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", sulle finalità e modalità del trattamento, e  
rilevato che le stesse sono rispettose del codice della privacy e delle finalità del servizio, esprime il proprio consenso al  
trattamento e comunicazione dei dati anche sensibili del suddetto interessato nei limiti e per le finalità legate  
strettamente alla visita d'Istruzione programmate dall'Istituzione scolastica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_