

Alla Dirigente Scolastica  
dell' Istituto Comprensivo  
"Anna Molinaro" di Montefiascone

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, iscritto/a e  
frequentante, nell'anno scolastico 20\_\_\_\_ /20\_\_\_\_, la sezione/classe \_\_\_\_\_  
della scuola:

dell'infanzia

primaria

secondaria di I grado

del plesso di \_\_\_\_\_ comunica che il/la proprio/a  
figlio/a ha intolleranze alimentari certificate, nello specifico, come da  
documentazione medica allegata alla presente.

**La presente dichiarazione vale per l'intero corso di studi presso codesta Istituzione Scolastica.  
Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni o rettifiche.**

Montefiascone, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93.  
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità