***Al Dirigente Scolastico***

***dell’I.C. “Giovanni XXIII”***

***Villa San Giovanni (R. C.)***

\_l\_ sottoscritt\_ COGNOME NOME

\_l\_ sottoscritt\_ COGNOME NOME

Genitori/tutoridell’alunno/a

frequentante la Scuola □ infanzia - □ Primaria - □ Secondaria di I Gr.

classe sezione plesso dichiara di prendere visione della comunicazione del 25/09/2023 prot. n. 4756 avente per oggetto: Comunicazione Allergie, Intolleranze e/o Patologie

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli alimenti e/o sostanze come da certificato medico allegato

 che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia come da certificato medico allegato

 che sono necessari medicinali e/o farmaci salvavita per i quali si produrranno formali richieste di somministrazione al D.S. su i moduli (**ALL. 1 E ALL. 2)** o di auto somministrazione **(ALL. 2 E ALL. 3)**

Qualora si presentino cambiamenti della situazione appena dichiarata, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla scuola.

Reggio Calabria,

Firma di entrambi i genitori (o tutori)