

**AUTOCERTIFICAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_

Iscritto al nido d'infanzia \_\_\_\_\_ nell'anno educativo \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Che il/la proprio/a figlio/a **non ha** intolleranze/allergie sia alimentari che di altra natura
- Che il/la proprio/a figlio/a **ha** intolleranze/allergie

In caso di allergie/intolleranze, specificare le tipologie ed **allegare la certificazione del medico:**

Intolleranze/Allergie a prodotti alimentari:

---

---

---

---

Intolleranze/Allergie ad altri prodotti (non alimentari):

---

---

---

---

INDICARE EVENTUALI DIETE DA SEGUIRE O ALIMENTI DA EVITARE O CHE NON SONO STATI ANCORA INSERITI NELLA DIETA ABITUALE

---

---

---

ALTRE INFORMAZIONI CHE SI RITIENE UTILE FORNIRE tra cui patologie o altre situazioni delle quali si ritiene che l'asilo debba essere messo al corrente

---

---

---

---

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, tutti i dati raccolti, in particolare i dati sensibili (particolari), vengono trattati nel massimo rispetto della tutela alla riservatezza e alla privacy, come meglio specificato nell'informativa Privacy fornita alle famiglie all'atto dell'iscrizione a questa struttura.