



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia
Ufficio V – Ambito Territoriale Foggia

Modello B

**ISTITUTO OMNICOMPENSIVO
"PADRE GIULIO CASTELLI"**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Sede

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore,
dell'alunno _____ della cl. _____ sez. _____

- Scuola Secondaria di 1° grado;
- Liceo Scientifico;
- Istituto Tecnico Informatica;

DICHIARA

di aver ricevuto copia del programma dettagliato dell'attività già autorizzata: uscita per la **Visita guidata** che si terrà il **16 dicembre 2023** a **MATERA (MT)**, e consentono al responsabile dell'attività di effettuare in loco eventuali variazioni di itinerario che dovessero rendersi necessarie.

Lo/a scrivente si impegna, ove lo ritenga opportuno, a segnalare per iscritto, al Dirigente scolastico o al docente responsabile dell'attività e/o al docente accompagnatore assegnato, eventuali **allergie o intolleranze alimentari o farmacologiche** del proprio figlio/a, consegnando agli stessi docenti **in plico riservato** eventuali patologie o medicinali specifici, **almeno 72 ore prima della partenza**. Tali informazioni potranno essere consegnate ai medici di riferimento per fronteggiare emergenze sanitarie. A tal proposito presta, sin d'ora, il proprio consenso all'utilizzo ed al trattamento dei dati forniti, esonerando la Scuola da ogni responsabilità, ai sensi e per gli effetti di legge.

Luogo e data _____, ___/___/_____

Il/la dichiarante