**Modello C**

***Ministero dell’Istruzione***

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo “II Via Stelvio” - Cesano Maderno

# Via Stelvio, 18 - 20811 Cesano Maderno (MB)

Tel. 0362/504610 - Fax 0362/540359 - c.m. MBIC8E2001 – c.f. 83011530157

Codice Univoco Ufficio: UFS2H1

# e-mail: mbic8e2001@istruzione.it sito WEB: [www.ic2viastelvio.edu.it](http://www.ic2viastelvio.edu.it)

 **Al Dirigente Scolastico**

 **dell’ I.C. “II VIA STELVIO”**

 **Cesano Maderno**

**Segnalazione Dieta Speciale/Allergie/Farmaci**

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

Genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, agli effetti degli artt. 40 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che il proprio/a figlio/a:

 ***necessita di dieta speciale:***

 Allergico ai seguenti alimenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivi religiosi (Specificare alimenti vietati)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***necessita di somministrazione farmaci come da piano terapeutico già in Vs possesso.***

 ***è autorizzato all’autosomministrazione dei seguenti farmaci:***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Cesano Maderno,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_