



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SATRIANO DI LUCANIA**

Via Aldo Moro, 11 – 85050 Satriano di Lucania (PZ)

Sezioni associate

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado  
Satriano di Lucania – Sant'Angelo le Fratte – Savoia di Lucania

*Al Dirigente Scolastico  
dell'I. C. di Satriano di Lucania*

Oggetto: **Comunicazione allergie / intolleranze alimentari / patologie.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
frequentante per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ il plesso scolastico della scuola \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

*(barrare la voce che interessa)*

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli/alle alimenti/sostanze **indicate nel certificato medico allegato;**
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia **come da certificato medico allegato;**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di medicinali e/o farmaci salvavita come da **certificato medico allegato.**

*Si ricorda che qualora dovessero subentrare cambiamenti rispetto a quanto dichiarato sopra, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla segreteria didattica compilando un nuovo modulo.*

**Allo scopo allega certificato medico in busta chiusa da consegnare in segreteria.** Il certificato medico deve essere rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli eventuali farmaci da utilizzare e precisa indicazione terapeutica.

Satriano di Lucania, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_