

DICHIARAZIONE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il sottoscritto titolare di responsabilità genitoriale:

Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ CAP _____

In Via/Piazza _____ N° _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di:

Madre Padre Genitore affidatario Tutore

del **MINORE** _____

Nato/a il _____ a _____

DICHIARA

Che il suddetto minore, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:

Che il suddetto minore è affetto da:

Intolleranza alimentare a: _____

Allergia alimentare a: _____

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.): _____

Che il suddetto minore è affetto dalle seguenti allergie non alimentari:

Farmaci: _____

Punture di insetti: _____

Che il suddetto minore non soffre di alcuna intolleranza/allergia tra quelle sopra elencate

Mi impegno a comunicare tempestivamente a ASD Pattinaggio di Figura Chiavenna ogni variazione intervenuta durante il periodo del rapporto sportivo tra il minore e la ASD.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Il titolare del trattamento dei dati personali è ASD Pattinaggio di Figura Chiavenna. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Luogo, data _____ Firma _____