



Ministero dell'Istruzione e del merito –USR Sicilia  
**ISTITUTO COMPRENSIVO PLUCHINOTTA**

Largo Perlasca, 3 - 95030 Sant'Agata Li Battiati  
 Codice meccanografico **CTIC8BL002**

Sito web: <https://www.pluchinotta.edu.it>

MAIL [CTIC8BL002@istruzione.it](mailto:CTIC8BL002@istruzione.it) – PEC [CTIC8BL002@pec.istruzione.it](mailto:CTIC8BL002@pec.istruzione.it)

Cod. Fisc. 93253680875 - Tel 095/241747 Largo Perlasca,3 - tel.095/213583 Via Marletta, 2

Cod.lpa: 7UKG69R2 - Codice Univoco F8M4AH

Al fine di consentire a questa Istituzione di gestire in sicurezza i pasti che gli alunni consumeranno durante le attività didattiche, anche al di fuori dell'edificio scolastico, i sigg genitori sono pregati di compilare il modulo allegato alla presente comunicazione, segnalando eventuali allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche (favismo, celiachia, diabete, glicogenosi, fenilchetonuria) attestate da certificazione medica, che si chiede di allegare, fornendo adeguata informazione sulle modalità di somministrazione dei pasti. Il modulo allegato dovrà essere inviato all'indirizzo mail:ctic8bl002@istruzione.it.

**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE - AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA (1/2)**

I sottoscritti ..... e .....  
 genitori e/o tutore dell'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 sezione ..... per l'anno scolastico 20...../20..... della scuola .....

**DICHIARANO**

- o che il proprio/a figlio/a e/o alunno **NON** presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

**OPPURE**

- o che il/la proprio/a figlio/a e/o alunno **E' ALLERGICO/A** ai seguenti principi farmacologici:

.....  
 .....  
 .....

- o che il/la proprio/a figlio/a e/o alunno **PRESENTA** le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa):

.....  
.....  
.....

**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE - AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA (2/2)**

**INOLTRE DICHIARANO**

Che il/la proprio/a figlio/a e/o alunno può assumere, in caso di bisogno, i seguenti medicinali, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata in sintesi:

NOME FARMACO .....

POSOLOGIA: .....

NOME FARMACO .....

POSOLOGIA: .....

NOME FARMACO .....

POSOLOGIA: .....

Firma dei genitori

**NOTA BENE:**

Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 445/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e 337 quarter del codice civile).