

## DICHIARAZIONE INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE

Il/La Sottoscritto/a .....nato/a a.....il.....  
genitore di ..... nato/a a .....il.....  
partecipante al Campo Estivo.

Informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

### DICHIARA

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

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

- che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un educatore , secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:  
Farmaco..... posologia.....  
Farmaco..... posologia.....

Data e luogo

Firma del Dichiarante