**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**2° ISTITUTO COMPRENSIVO**

**DI FRANCAVILLA FONTANA (BR)**

**Oggetto: segnalazione allergie e/o intolleranze alimentari**

Il/La sottoscritt.. in qualità di docente a tempo *determinato/indeterminato* presso la scuola dell’infanzia/primaria plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto Comprensivo

**COMUNICA**

al fine della successiva trasmissione al Comune di Francavilla Fontana che il/la sottoscritto/a è affetto/a dalle allergie/intolleranze alimentari indicate nella certificazione medica allegata.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente comunicazione.

In fede

Luogo e data Firma