

Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca

Liceo Classico Statale Paolo Sarpi

Piazza Rosate, 4 24129 Bergamo tel. 035 237476 Fax 035 223594

email: bgpc02000c@istruzione.it pec: bgpc02000c@pec.istruzione.it

www.liceosarpi.bg.it

PAOLO SARPI
LICEO CLASSICO STATALE



MODULO DICHIARAZIONE CELIACHIA - ALLERGIE - INTOLLERANZE - DIETE

Viaggio di istruzione a.....il

Classe:.....

COGNOME STUDENTE:

NOME STUDENTE:

NATO/A IL:

Genere M F

DICHIARA

CELIACHIA:

ALLERGIA: _____

INTOLLERANZE: _____

PARTICOLARI DIETE ALIMENTARI: _____

Genitore di riferimento: Cognome _____ Nome _____

n. tel. cellulare Genitore di riferimento: _____
(per comunicazioni in caso di emergenze)

Email Genitore di riferimento: _____
(per comunicazioni in caso di emergenze)

Consenso al trattamento e all'utilizzo dei dati personali:

Il/la sottoscritto/a, genitore dello studente, ai sensi del DL.gs 196/2003 esprime il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo che sono raccolti dalla scuola al solo scopo di trasmetterli all'agenzia di viaggio per l'organizzazione dello stesso.

Firma dello studente partecipante

Firma del Genitore di riferimento
(anche se l'alunno partecipante è maggiorenne)

DATA