**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