



Ministero dell'Istruzione e del Merito



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia**

**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "MONTE AMIATA"**

**SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO**

Direzione - Segreteria Via Lambro, 92 20089 Rozzano MI  
 tel. 02 8257921 fax 02 8241526 CF 97722520158 CM MIIC8GG00C  
 e-mail: [miic8gg00c@istruzione.it](mailto:miic8gg00c@istruzione.it) posta certificata: [miic8gg00c@pec.istruzione.it](mailto:miic8gg00c@pec.istruzione.it)

**Dichiarazione**

*(da consegnare al Dirigente Scolastico)*

I sottoscritti .....

genitori dello/a alunno/a ..... della classe .....

Scuola.....

**Dichiarano**

che nostro figlio/a ha bisogno di:

un particolare regime alimentare in quanto:

Celiaca.....

Allergica a.....

Altri motivi.....

soffre delle seguenti patologie:

.....  
 per la/le quali assume i farmaci di seguito indicati, per i quali autorizzo i docenti di classe alla somministrazione, secondo le modalità e le indicazioni del pediatra che si allegano alla presente dichiarazione:

.....

.....

Data

Firma genitori\*

.....

.....

.....

\* Qualora il presente modulo venga firmato da un solo genitore, lo stesso, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337ter e337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.