



**MINISTERO della PUBBLICA ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA CASSIA, 1694"**  
Via Cassia, 1694 ☐0630890110 ☒fax 0630890110  
e-mail : [rmic85800g@istruzione.it](mailto:rmic85800g@istruzione.it)  
XXVIII Distretto – XV Municipio

## SCHEDA INFORMATIVA \*

ANNO SCOLASTICO: 2015/2016

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.I./Pat. n° \_\_\_\_\_

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.I./Pat. n° \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e

residente in Via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell.1° \_\_\_\_\_

cell.2° \_\_\_\_\_ e-mail. \_\_\_\_\_

dichiarano sotto la propria responsabilità, che il proprio figlio è:

Non Allergico (Firma) \_\_\_\_\_ Non Intollerante (Firma) \_\_\_\_\_

E' Allergico/intollerante a: (pollini, insetti,alimenti, ecc.) \_\_\_\_\_

Pertanto il/i sottoscritto/i si premurerà/nno di fornire l'istituzione scolastica della certificazione attestante quanto,  
qui sopra dichiarato.

Eventuali altre annotazioni: \_\_\_\_\_

*ai sensi della legge 675/1996 e successiva modifica 196/2003, sulla tutela dei dati personali, si autorizza l'istituzione scolastica al trattamento dei suddetti  
dati.*

Data \_\_\_\_\_ In Fede (firma leggibile) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ In Fede (firma leggibile) \_\_\_\_\_

\*  
tutti i campi sono di compilazione leggibile ed obbligatoria.