

**AL D.S.**

**Scuola secondaria di primo grado " De Amicis-Dizonno"**

**PROGETTO "DALL'ORTO ALLA TAVOLA"**  
**AUTORIZZAZIONE AL CONSUMO DI ALIMENTI**

Il/ sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_ e (madre)  
\_\_\_\_\_ quali esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I° Grado De Amicis -Dizonno

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

la/il propria/o figlia/o al consumo di alimenti a scuola nell'ambito del Progetto "Dall'Orto alla Tavola" per l'a.s. 2023/2024

A tal fine dichiarano che

la/il propria/o figlia/o non risulta affetta/o da alcuna patologia legata ad allergie ed intolleranze che rappresentano elementi di rischio per il minore.

la/il propria/o figlia/o è allergico o intollerante ai seguenti alimenti:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Data.....

**Firma di entrambi i genitori**

.....  
.....



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

## Scuola Secondaria di I grado ad indirizzo musicale "De Amicis-Dizonno"

Sede DE AMICIS-DIZONNO – Viale Gramsci 3 – tel. 0804625913

Sede DE AMICIS c/o 2° C.D. Giovanni XXIII – Via G. Marconi – tel. 0804681452

Sede DE AMICIS c/o Plesso S. D. Savio del 1° C.D. S. G. BOSCO – Via Antenore - tel. 0804621295  
70019 – Triggiano (BA)



### **Nel caso di una sola firma:**

(\*) Sentito l'altro genitore e avendo raccolto il suo parere, acconsente all'opzione indicata nella consapevolezza che tale consenso è manifestato liberamente.

NOME e COGNOME **DI UN SOLO GENITORE** o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_ (in stampato maiuscolo)

Data.....