**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**

……………………………………………………….

……………………………………………………….

**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………………..