



MODULO ALLERGIE- INTOLLERANZE relative a

.....
Indicare nome e cognome

Segnaliamo al Responsabile della proposta le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie in corso

Allergie e intolleranze (anche agli alimenti)

Altro

Nome del Medico Curante _____

Allegare copia della tessera sanitaria

**Informativa relativa alla tutela della riservatezza,
in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative della parrocchia.**

Il trattamento di questi dati è soggetto alla normativa canonica in vigore.

La Parrocchia di Tencarola dichiara che i dati conferiti saranno utilizzati, quando necessario, ogniqualvolta Vostro/a figlio/a sarà affidato alle sue cure e non saranno diffusi o comunicati ad altri soggetti.

È comunque possibile richiedere alla Parrocchia la cancellazione dei propri dati.

Noi genitori di.....

esprimiamo il consenso

neghiamo il consenso

[barrare l'opzione prescelta]

Firma Papà Firma Mamma