

Allegato alla scheda di iscrizione n. _____



COMUNE DI GENOVA

“LA NOTTE INSONNE DEI CUSCINI MAGICI”
(da compilarsi da parte dei genitori)

DICHIARAZIONE SU EVENTUALI ALLERGIE/INTOLLERANZE

DATI DEL MINORE

Nome e Cognome *

*Il sottoscritto _____

*La sottoscritta _____

Genitori/tutore del/lla minore sopraindicato/a

DICHIARANO

☐ Di essere consapevoli che durante l’iniziativa verrà servita una piccola colazione. A questo proposito dichiarano altresì che:

- ☐ il minore non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il minore presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/

.....

☐ altre informazioni ritenute importanti:

.....

.....

Autorizzano inoltre al trattamento e alla conservazione dei propri dati personali e di quelli del/lla minore ai soli fini istituzionali dichiarati nel presente documento nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. 679/2016 (v. informativa in calce al documento di iscrizione). Il presente documento verrà distrutto dopo tre giorni dallo svolgimento dell’evento.

Data _____

Firma 1 _____ Firma 2 _____

Firma del dipendente che effettua l’iscrizione _____

Biblioteca E. De Amicis

