

**MODULO PER SEGNALAZIONE ALUNNI
CON INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI**

SCUOLA: LICEO 'M.T. CICERONE'

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A _____

CLASSE _____

VIAGGIO: MALTA

DAL: 14/10/2023

AL: 20/10/2023

INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI (solo se presenti):

Acconto al trattamento dei dati indicati nella presente dichiarazione in conformit  al regolamento 679/2016/ue e dlgs 101/2018.

GENITORE/TUTORE: (Cognome Nome) _____

FIRMA: _____

N.B.: IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO IN OGNI SUA PARTE SOLO DA CHI HA LA PATOLOGIA DI CUI SOPRA E RICONSEGNAO ALLE PROFE.SSE LISANTI angela.lisanti1@liceocicerone.edu.it (CLASSE 3F) BONFIGLIO mariaelena.bonfiglio@liceocicerone.edu.it (CLASSI 3D 4D)

L'ISTITUTO A SUA VOLTA DOVRA' INVIARE I MODULI TUTTI INSIEME (E NON SINGOLARMENTE) IN UN'UNICA COMUNICAZIONE VIA EMAIL A: intolleranze@primatour.it (ENTRO 5 GIORNI PRIMA DELLA PARTENZA.)

LA PRIMATOUR SI ESONERA DA OGNI RESPONSABILITA' PER TUTTE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLE INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI INVIATE A INDIRIZZI DIFFERENTI DA intolleranze@primatour.it E OLTRE I TERMINI SOPRA INDICATI.