

**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI SVILUPPO E INNOVAZIONE



PIANO NAZIONALE  
**SCUOLA digitale**

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
CAPOL D.D.**

**SCUOLA CON PERCORSI AD INDIRIZZO MUSICALE**

PLESSO SCUOLA SECONDARIA I GRADO: "G. Mazzini" tel. 0823.452954  
PLESSI SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA: "N. Green" tel. 0823.422239  
PLESSO SCUOLA DELL'INFANZIA: "VIA MILANO" tel. 0823.457980

Ambito Campania 0007 – DR Campania – Ambito CE-7 – Distretto di appartenenza 014



Erasmus+

pon  
2014-2020

Cambridge  
English Qualifications

Comunicazione n. 169

San Nicola la Strada 06/03/2025

Oggetto: DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE/FARMACI

Si comunica a tutti i partecipanti del campus Eureka Educational dal 7 al 9 di maggio di compilare in ogni sua parte e in maniera leggibile e in stampatello, l'allegato alla presente comunicazione e di inviare il modello compilato alla seguente email: **visiteviaggi@gmail.com**

Con oggetto

SEZIONE\_\_\_\_, COGNOME e Nome del partecipante

Da inviare entro e non oltre il 16 Aprile

In allegato modulo di dichiarazione

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Patrizia Merola  
Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD

# DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI E DA FARMACI

**CAMPUS EUREKA EDUCATIONAL dal 7 al 9 Maggio 2025**

I sottoscritti ..... e .....  
 GENITORI;  AFFIDATARI;  TUTORI, dell'alunno/a.....  
classe **III** sez ..... in riferimento alla autorizzazione a partecipare al **CAMPUS EUREKA  
EDUCATIONAL dal 7 al 9 Maggio 2025**, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni  
penali, in caso di false attestazioni e di mendaci dichiarazioni, previste dall'art. 76 del D.P.R.  
28.12.2000, n. 445

## DICHIARANO CHE L'ALUNNO

- non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i;

(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- si somministra i farmaci autonomamente.
- presenta allergie a farmaci: \_\_\_\_\_

## INOLTRE

- autorizzano a mezzo email, in caso di necessità durante la durata del campus, la somministrazione da parte del docente accompagnatore di eventuali medicinali.

Data, .....

Firme