**MOD.F**

Al Dirigente Scolastico

del Convitto Nazionale di Stato

“Tommaso Campanella”

- Reggio Calabria -

**Oggetto: Dichiarazione assunzione farmaci e intolleranze.**

I sottoscritti ………..…………………… e …………………………., genitori dell’alunno/a …………………………………………… frequentante la classe ………… sez………… della scuola (Primaria/ Secondaria I grado/ Liceo) ………………………………………, dichiarano che i sottosegnati prodotti medicali, abitualmente utilizzati in maniera autonoma, sono in possesso del proprio/a figlia/a per l’intera durata del viaggio di istruzione a ………………………………. che si terrà dal…….…………………… al……………………..

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................………..

I sottoscritti dichiarano inoltre che:

 Il proprio figlio/a **non ha mai manifestato**, fino al momento, eventi di intolleranza e/o allergia a medicinali e alimentari.

* Il proprio figlio/a **manifesta** eventi di intolleranza e/o allergia ai seguenti medicinali e/o alimenti:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Reggio Calabria,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_