

**DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE
IN CASO DI ASSENZA DI ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
ASSENZA DI ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La _____ sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via/Piazza _____

Telefono _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di:

come:

- nuovo beneficiario
- beneficiario che rinnova annualmente l'istanza

- diretto interessato
- familiare (specificare il grado di parentela) _____
- tutore/amministratore di sostegno (allegare Decreto di Nomina)
- esercente la responsabilità genitoriale

In qualità di :
Del/la signor/a

Cognome e nome	_____
luogo di nascita e data di nascita	_____
residenza	_____
indirizzo	_____
stato civile	_____
codice fiscale	_____

consapevole 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

DICHIARA

lo stato di assenza di allergie/intolleranze alimentari del beneficiario del servizio:

nome e cognome	luogo e data di nascita	Indirizzo per la consegna del pasto	Comune di residenza
.....		
.....		
.....		
.....		

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma
