



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**Istituto Comprensivo "ALBERTO MANZI"**

Sede Via del Pigneto, 301 - Tel.06299109 – 0621729322 - fax 062757257 - 00176 Roma  
Succ. Via L.F. De Magistris, 15 - Tel. 0621710108 00176 Roma  
Succ. Via del Pigneto, 104 - Tel. 0685387614– 00176 Roma  
Codice fiscale 97210690588 - Codice meccanografico RMIC82400C  
[rmic82400c@istruzione.it](mailto:rmic82400c@istruzione.it) - [rmic82400c@pec.istruzione.it](mailto:rmic82400c@pec.istruzione.it)

**MOD 5 - SCHEDA RILEVAMENTO**  
**ALLERGIE / DIETE ALIMENTARI / AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

**DA RESTITUIRE AL DOCENTE ACCOMPAGNATORE**

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di genitore,  
esercitante la patria potestà, dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della  
classe \_\_\_\_\_ dichiaro di aver preso visione del programma allegato e delle indicazioni in  
esso contenute e comunico quanto segue

ALUNNO/A: \_\_\_\_\_

- ALLERGIE

\_\_\_\_\_

- ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI/ DIETE ALIMENTARI PARTICOLARI DA COMUNICARE IN ALBERGO

\_\_\_\_\_

- NUMERI TELEFONICI A CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA':

\_\_\_\_\_

- EVENTUALE PROFILASSI MEDICA CHE L'ALUNNO SEGUE ABITUALMENTE E IN MODO AUTONOMO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI: in allegato la dichiarazione dell'esercente potestà genitoriale che autorizza il proprio figlio alla somministrazione autonoma dei farmaci. Laddove richiesta si allega anche la certificazione medica.

FIRMA \_\_\_\_\_

\*ALLEGATI OBBLIGATORI: Fotocopia del libretto sanitario e del documento di riconoscimento.