



**COMUNE DI CAIVANO**  
*CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI*

**V° SETTORE**

**ISTRUZIONE/CULTURA/SPORT/SPETTACOLO/  
INFORMAGIOVANI/BIBLIOTECA**

Tel. 081-8360415 - Fax 0818340001 - P.zza C. Battisti, 1 – 80023 Caivano (NA)  
Responsabile: Dott.ssa Anna Damiano - E-mail: [a.damiano@comune.caivano.na.it](mailto:a.damiano@comune.caivano.na.it) -  
pec: [istruzione.caivano@asmepec.it](mailto:istruzione.caivano@asmepec.it)

**Al Comune di Caivano**

**V° Settore**

**AVVISO PUBBLICO**

**per l'individuazione dei destinatari  
delle attività educative e/o sportive e/o ludiche e/o ricreative  
di cui all'art. 63 co. 4 del Decreto Legge 25 maggio 2021 n. 73  
del Ministero delle Pari Opportunità e della Famiglia.**

**Dichiarazione allergie e/o intolleranze**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Riferimento Telefonico \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nella qualità di \_\_\_\_\_

Del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, **ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,**

Che il minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

È affetto/a da allergie e/o intolleranze      SI ( )      NO ( )

Ovvero presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

È affetto/a da allergie a farmaci SI ( )      NO ( )

Ovvero presenta le seguenti allergie a farmaci



**COMUNE DI CAIVANO**  
*CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI*

**V° SETTORE**

**ISTRUZIONE/CULTURA/SPORT/SPETTACOLO/**

**INFORMAGIOVANI/BIBLIOTECA**

Tel. 081-8360415 - Fax 0818340001 - P.zza C. Battisti, 1 – 80023 Caivano (NA)  
Responsabile: Dott.ssa Anna Damiano - E-mail: [a.damiano@comune.caivano.na.it](mailto:a.damiano@comune.caivano.na.it) -  
pec: [istruzione.caivano@asmepec.it](mailto:istruzione.caivano@asmepec.it)

---

---

Come da certificazione medica allegata alla presente dichiarazione.

Ulteriori informazioni da segnalare:

---

---

---

---

Caivano, \_\_\_\_\_

Firma del Genitore

---

---

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. L g s. 30/ 06/2003, n.196 e successive integrazioni e modifiche e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Caivano, \_\_\_\_\_

**Firma**

---