

**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 _____ Codice Fiscale _____
residente in _____ Via _____
tel./cell _____ e-mail _____

In qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO (specificare il grado di parentela) _____
- FAMILIARE TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (allegare Decreto di Nomina)

del Signor/a _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____
residente in Monteleone Rocca Doria, Via _____

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	INDIRIZZO PER LA CONSEGNA DEL PASTO
.....	
.....	
.....	

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

Monteleone Rocca Doria, ___/___/2023

Firma dichiarante
