



Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Tecnico Industriale Statale “GIUSEPPE ARMELLINI”
Largo Beato Placido Riccardi n. 13 – 00146 Roma – Distretto XIX - Tel. 06 121127360
Codice fiscale 80217990581 – Codice meccanografico RMTF02000R – Codice Univoco UFS2RV
PEO: rmtf02000r@istruzione.it – PEC: rmtf02000r@istruzione.pec.it – Sito: www.itisarmellini.edu.it

Roma, 06 febbraio 2026

Circolare n. 171

Ai docenti interessati
Alle famiglie interessate
Al sito web

Oggetto: viaggi d'istruzione - segnalazione intolleranze/allergie/medicinali

Si invitano le famiglie degli alunni che parteciperanno ai campi scuola (Cittadella della Legalità – Policoro WWF) e/o ad uno dei viaggi d'istruzione (Berlino – Praga – Trieste-Slovenia) organizzati dalla scuola, a segnalare eventuali allergie, intolleranze o assunzione di medicinali del proprio figlio/a, compilando il modulo allegato e inviandolo al seguente link entro martedì 17 febbraio 2026:

<https://forms.gle/3WpRqXPavf257Awm6>

Il modulo dovrà essere firmato da entrambi i genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Ing. Elisa Pietropaoli

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi e per gli effetti dell'art.3, c.2
D.Lgs.n.39/93

Modulo intolleranze/allergie/medicinali

I sottoscritti sig. _____ e sig.ra _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____
partecipante al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____
dal _____ al _____

DICHIARANO

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che può mangiare in alternativa):

- ☐ che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali autonomamente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata.
Si richiede di segnalare l'eventuale necessità di assunzione sotto la supervisione di un docente accompagnatore.

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

Data _____

Firma di entrambi i genitori
