**Programma Erasmus+ - Azione KA121 Mobilità individuale ai fini dell’apprendimento - Ambito VET**

**Accreditamento GAL Terra d’Arneo**

N. 2023-1-IT01-KA121-VET-000123318CUP G21B23000340006

**DICHIARAZIONE PATOLOGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI/ASSUNZIONE FARMACI**

\_I\_ sottoscritt \_ ………………………………………………………..……………………..……… nato/a a …………………………………… il ………………………… e residente in …………………………………………............................ e beneficiario della borsa di mobilità con destinazione……………………………………. nell’ambito del progetto Accreditamento GAL Terra d’Arneo N. 2023-1-IT01-KA121-VET-000123318 CUP G21B23000340006

**DICHIARA CHE**

□ Non è affetto da alcun tipo di allergia;

□ È affetto da allergia al ..…………………………………………………………………………………..…………;

□ È affetto dalla seguente patologia ……………………………………………….… e pertanto richiede l’assunzione dei seguenti farmaci ………………………………………………………………………… con le modalità di assunzione di seguito indicate …………………………………………………………………………….……..

□ È affetto dalla seguente intolleranza alimentare …………….……………………………………………………..

Si informa che i dati forniti verranno trattati secondo quanto definito nell’ INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI DESTINATARI DEL PROGETTO ERASMUS+ “ACCREDITAMENTO GAL TERRA D’ARNEO”, sottoscritta in fase di adesione al bando in oggetto.

**Letto e accettato**

Luogo Data Firma

………………………………………… ……………………………………………………