COMUNICAZIONE DI EVENTUALI
ALLERGIE/PATOLOGIE
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____
IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____

GENITORE/TUTORE

*DELL'ALUNNO/A*_____
NATO/A IL _____ *A*_____
FREQUENTANTE LA CLASSE _____ *ANNO SCOLASTICO*_____

NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30.GIUGNO.2003
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUNA ALLERGIA*** ☐
- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI ALIMENTI E/O SOSTANZE*** *(SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'ALLERGIA', 'FARMACI SALVAVITA' __ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE:* ***1.****TIPO DI FARMACO __* ***2.****PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE)* ☐

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUNA 'PATOLOGIA'*** ☐
- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***E' AFFETTO DA QUESTA 'PATOLOGIA'*** *(SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'PATOLOGIA', 'FARMACI SALVAVITA'__ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE:* ***1.****TIPO DI FARMACO __* ***2.****PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE)* ☐

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

TALI DATI POTRANNO ESSERE SUCCESSIVAMENTE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

_____,_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(PADRE)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(MADRE)