*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* ***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* ***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* | *IN FEDE* |
| *PER RICEZIONE E PRESA VISIONE* | *PER RICEZIONE E PRESA VISIONE* |
| *(PADRE)* | *(MADRE)* |