

MODULO AM4

AUTOCERTIFICAZIONE DI EVENTUALI PATOLOGIE/ALLERGIE

PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA

Al Dirigente Scolastico dell'I.P. "G. Marconi" di Prato

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.

prato,

firma di entrambi i genitori (o tutori)

in fede

in fede

per ricezione e presa visione (padre)

per ricezione e presa visione (madre)
