

# AUTOCERTIFICAZIONE DI EVENTUALI PATOLOGIE/ALLERGIE

## Per Lo Svolgimento dell'Attività Didattica

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

(Padre) il sottoscritto \_\_\_\_\_

(Madre) la sottoscritta \_\_\_\_\_

Genitori/Tutore dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ nell'a.s. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

*nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni).*

il/la proprio/a figlio/a non ha alcuna "allergia";

il/la proprio/a figlio/a è 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 è 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, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in fede - per ricezione e presa visione (padre)

in fede - per ricezione e presa visione (madre)