

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)
