



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126 e-mail:
noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it Codice Ministeriale
 noic82900g - Codice Fiscale 94068640039
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

الآباء / مقدمي الرعاية ل

dell'alunn ____:

classe _____ sezione _____

من أجل حماية رفاهية الطالب ويطلب أن يقدم في هذه المؤسسة التعليمية إذا كان طفلك يعاني من بعض الأمراض (السكري، الصرع، الهيموفيليا، الخ) التي قد تكون ضرورية التدخلات الدوائية أو الإسعافات الأولية، عاجل .
 لذلك، يرجى ملء الاستمارة أدناه وإعادته وقعت.
 مدير المدرسة ____ / ____ / ____ ،

الموقعون أدناه / أحد الوالدين

الاسم الكامل

_____ / classe _____ / ولي _____ يطارد

الاسم الكامل

لهذا المعهد،

تعلن

أن له / لها ابنك / ابنتك لا يعاني من الأمراض التي يمكن أن تتطلب تدابير طارئة معينة:

أن له / لها ابنك / ابنتك تعاني من / ويلي / علم الأمراض / و، (مثل شهادة طبية):

وبالتالي،

مكالمات

أن البالغين الذين تتحفظ على الامتثال الصارم في الحالات المذكورة في الشهادة، في

أحكام على نفسه.

مكان وتاريخ، _____

_____ التوقيع

معلومات عن البيانات وإعلان حقوق الشخصية

يونيو 2003، ن. 196 (D. L.vo 30)

يقر الموقع أدناه بأن البيانات الواردة في هذا النموذج والوثائق المرفقة يتم تجهيزها لغرض تدابير الإسعافات الأولية التي قد تصبح ضرورية خلال اليوم الدراسي، وفي غياب ذلك من شأنه أن المؤسسة التعليمية لن تكون قادرة لحماية صحة الطلاب وأن حقوقهم على البيانات المقدمة محمية بموجب المرسوم التشريعي 30 يونيو 2003، ن. 196.

_____ مكان وتاريخ،

_____ التوقيع

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunno___:_____

classe_____sezione_____

Al fine di tutelare il benessere psicofisico dell'alunno, si chiede di segnalare a questa istituzione scolastica se il proprio figlio è affetto da particolari patologie (diabete, epilessia, emofilia, etc.) che potrebbero rendere necessari interventi farmacologici o di primo soccorso, urgenti.

Si prega pertanto di compilare il modello che segue e restituirlo firmato.

_____, ___/___/___

Il Dirigente scolastico

Il sottoscritto/a _____ genitore
cognome e nome

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sezione _____
cognome e nome

di questo Istituto,

DICHIARA

Che il proprio/la propria figlio/a non è affetto da patologie che potrebbero rendere necessari particolari interventi d'urgenza:

Che il proprio/la propria figlio/a è affetto dalla/e seguente/ patologia/e, (come da certificato medico):

e, pertanto,

CHIEDE

che l'adulto che lo ha in custodia si attenga scrupolosamente, nelle situazioni indicate sul certificato, a quanto prescritto sullo stesso.

Luogo e data, _____

Firma _____

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e nei documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini di interventi di primo soccorso che eventualmente si rendessero necessari durante l'orario scolastico ed in mancanza dei quali l'istituzione scolastica non sarebbe in grado di tutelare la salute dell'alunno e che i propri diritti sul trattamento dei dati forniti sono tutelati dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

Luogo e data, _____

Firma _____