



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

父母/护理人员

dell'alunn ___ : _____

classe _____ sezione _____

为了保护福祉的学生被要求在该教育机构的报告 如果你的孩子是由某些疾病 糖尿病 癫痫症 血友病等 可能需要药物干预
或急救 急患。

因此, 请填写下面的表格 寄回签名

_____, ___ / ___ / ___ 校长

签字人父 _____

全名

的 _____ /监护人困扰 classe _____ sezione _____

全名

这个研究所

声明

他/她的儿子/女儿是不是患可能需要特别应急措施疾病

他/她的儿子/女儿患的是/及以下/病理学/和, (如医疗证

和, 因此,

催缴

即谁拥有监护权 严格遵守证书上所描述的情况 在成人

在相同的规定

地点和日期, _____

签名_____

资料上的个人数据 并宣布权

(四 L.vo 2003 年 6 月 30 日, 注 196)

签字人承认 包括在此形式 在所附文件中的数据的目的 有急救措施的目的 在校期间 和在没有这些教育机构就不能认为可能有必要 为了保护学生 且运行他们对所提供的法令 30 2003 年 6 月被保护 n 个数据的权利。 196。

地点和日期, _____

签名_____

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunn__:______

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 _____