



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax

0321730126 e-mail: noic82900g@istruzione.it

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Parents / carers To

dell'alunn __: _____

classe _____ sezione _____

In order to protect the well being of the student is asked to report in this educational institution if your child is suffering from certain diseases (diabetes, epilepsy, hemophilia, etc.) that may be necessary pharmacological interventions or first aid, urgent .

Therefore, please complete the form below and return it signed.

_____, __/__/____ The head teacher _____

The undersigned / a parent _____

surname and name

/ guardian of _____ haunting the classe _____ sezione _____

surname and name

of this Institute,

DECLARES

That his / her son / daughter is not suffering from diseases that could require particular emergency measures:

That his / her son / daughter is suffering from / and following / pathology / and, (such as medical certificate):

and therefore,

CALLS

that the adult who has custody of strict compliance in the situations described on the certificate, in the provisions on the same.

Place and date, _____

Signature _____

INFORMATION ON PERSONAL DATA AND RIGHTS OF DECLARING

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

The undersigned acknowledges that the data included in this form and in the attached documents are processed for the purpose of first aid measures that may become necessary during the school day and in the absence of which the educational institution would not be able to protect the health of the student and that their rights on data provided are protected by Legislative Decree 30 June 2003, n. 196.

Place and date, _____

Signature _____

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 _____