



**Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"**

Sede via Mezzano,41 28068 Trecate(NO) tel. 0321-71158-fax 0321730126

e-mail: [noic82900g@istruzione.it](mailto:noic82900g@istruzione.it) pec: [noic82900g@pec.istruzione.it](mailto:noic82900g@pec.istruzione.it)

Scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Ai genitori/Agli affidatari  
Către părinți/Către tutori

dell'alunn \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
al elevului

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
clasa \_\_\_\_\_ secția \_\_\_\_\_

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.

*Cu scopul de a asigura starea psihofizică optimă a elevului, se solicită semnalarea către instituție a situațiilor în care propriul fiu suferă de anumite patologii (diabet, epilepsie, hemofilie etc.) care ar putea să presupună intervenții farmaceutice sau de primă urgență. Se cere completarea formularului și restituirea acestuia după ce a fost semnat.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico  
Directorul școlii

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_ părinte

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
al elevului/ei \_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_ frecvenând clasa \_\_\_\_\_ secția \_\_\_\_\_

di questo Istituto,  
a acestei instituții

**DICHIARA  
DECLARĂ**

Che il proprio/la propria figlio/a non è affetto da patologie che potrebbero rendere necessari particolari interventi d'urgenza:  
*Că propriul copil nu este afectat de patologii care ar putea să necesite intervenții speciale de urgență.*

Che il proprio/la propria figlio/a è affetto dalla/e seguente/ patologia/e, (come da certificato medico):  
*Că propriul copil este afectat de următoarele patologii (precum rezultă din certificatul medical)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e, pertanto,  
*și de aceea*

**CHIEDE  
SOLICITĂ**

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

*Ca adultul care îl are în custodie să țină cont în mod scrupulos, în condițiile indicate pe certificat, precum înscris pe acesta.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Locul și data*

Firma \_\_\_\_\_  
*Semnătura*

**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.

*Subsemnatul ia notă că datele personale înscrise în prezentul modul și în documentele anexate sunt obiectul tratamentelor cu scopul de a face intervenții de primă urgență care ar putea fi necesare în timpul orelor școlare și în lipsa cărora instituția nu ar fi în măsură să se îngrijească de sănătatea elevului și drepturile pentru tratament din datele furnizate sunt sub incidența D.L. din 30 iunie 2003, nr. 196.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Locul și data*

Firma \_\_\_\_\_  
*Semnătura*