



**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  
A los padres/A los tutores

dell'alunn\_\_ : \_\_\_\_\_  
del alunno(a)  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
curso \_\_\_\_\_ sección \_\_\_\_\_

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.

*Con el fin de proteger el bienestar psicofísico de los alumnos, se solicita indicar a esta institución escolar si su hijo sufre de alguna enfermedad tales como (diabetes, epilepsia, hemofilia, etc.) que podrías hacer necesario el suministro de fármacos o de primeros auxilios, de manera urgente.*

*Se ruega por lo tanto rellenar el formulario descrito a continuación dy devolverlo debidamente firmado.*

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

Il Dirigente scolastico  
El Rector

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
El suscrito(a) \_\_\_\_\_ padre/madre  
cognome e nome (apellido y nombre)

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
del alumno(a) \_\_\_\_\_ actualmente alumnos del curso \_\_\_\_\_ sección \_\_\_\_\_  
di questo Istituto,  
de este instituto  
cognome e nome (apellido y nombre)

**DICHIARA  
DECLARA**

- Che il proprio/la propria figlio/a non è affetto da patologie che potrebbero rendere necessari particolari interventi d'urgenza:  
*Que su hijo(a) no sufre enfermedades que podrían hacer necesarias intervenciones de urgencia*
- Che il proprio/la propria figlio/a è affetto dalla/e seguente/ patologia/e, (come da certificato medico):  
*Que su hijo(a) sufre de la(s) siguiente(s) patologías, (de acuerdo a certificado médico)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e, pertanto,  
*y por lo tanto*

**CHIEDE  
SOLICITA**

che l'adulto che lo ha in custodia si attenga scrupolosamente, nelle situazioni indicate sul certificato, a quanto prescritto sullo stesso.  
*Que el adulto que está a cargo, cumpla al pie de la letra lo indicado en el certificado médico.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Lugar y fecha*

Firma \_\_\_\_\_  
*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.

**INFORME SOBRE LOS DATOS PERSONALES Y SOBRE LOS DERECHOS DEL DECLARANTE**

(D.L.vo n°. 196 del 30 junio 2003)

El suscrito toma conocimiento que los datos personales indicados en el presente formulario y en los documentos adjuntos serán usados para el caso que sea necesarios dar primeros auxilios que podrían ser necesarios durante el horario escolar y que por falta de los mismos la Institución escolar no estaría en grado de proteger la salud del alumno, y que los derechos sobre el uso de los datos entregados están protegidos por el D.L.vo n° 196 del 30 junio 2003.

Luogo e data, \_\_\_\_\_  
*Lugar y fecha*

Firma \_\_\_\_\_  
*Firma*