



## Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126

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

والدین / دیکھ بھال کرنے والوں

dell'alunn \_\_\_\_:

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

اچھی طرح سے کیا جا رہا ہے طالب علم کی حفاظت کرنے کے لئے آپ کے بچے کو فوری طور پر، دواؤں کی مداخلت یا ابتدائی طبی امداد کے لئے ضروری ہو سکتا ہے کہ بعض بیماریوں (ذیابیطس، مرگی، ہیپوفیلیا، وغیرہ) میں مبتلا ہے تو اس تعلیمی ادارے میں رپورٹ کرنے کے لئے کہا جاتا ہے۔  
لہذا، نیچے دیے گئے فارم کو مکمل کریں اور اس پر دستخط کو واپس کریں۔

\_\_\_\_\_، \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ہیڈ ماسٹر

ادوبستا کشری / والدین

مکمل نام

\_\_\_\_\_ کی / سرپرست \_\_\_\_\_

بھوتیا

مکمل نام

اس انسٹی ٹیوٹ کے،

اعلان

اس کا / اس کا بیٹا / بیٹی خاص طور پر ہنگامی اقدامات کی ضرورت ہوتی ہے کر سکتے ہیں کہ بیماریوں میں مبتلا نہیں ہے کہ:

اس کا / اس کا بیٹا / بیٹی سے دوچار / اور مندرجہ ذیل ہے / اخترتیاشتہان / اور، (اس طرح کے میڈیکل سرٹیفکیٹ کے طور پر):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

اور اس وجہ سے،

کالیں

اس میں، سرٹیفکیٹ پر بیان حالات میں سخت تعمیل کی تحویل ہے جو بالغ  
اسی پر دفعات۔

جگہ اور تاریخ، \_\_\_\_\_

دستخط \_\_\_\_\_

ذاتی ڈیٹا اور اعلان کے حقوق معلومات

جون، 2003، (ن). L.vo 30(196) ڈی

ادویستاکشری اس فارم میں اور منسلک دستاویزات میں شامل ڈیٹا اسکولی دن کے دوران اور تعلیمی ادارے کے قابل نہیں ہو گی جس کی غیر موجودگی میں ضروری ہو سکتا ہے کہ ابتدائی طبی امداد کے اقدامات کا مقصد کے لئے عملدرآمد کر رہے ہیں کہ تسلیم کرتا ہے طالب علم اور اس کی صحت کی حفاظت کے لئے (ن)، جون 2003 قانون ساز حکم 30 کی طرف سے محفوظ رہے ہیں فراہم کردہ ڈیٹا پر ان کے حقوق. 196.

جگہ اور تاریخ، \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ دستخط

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 \_\_\_\_\_