SCHEDA SANITARIA PER VIAGGI D'ISTRUZIONE

I sottoscritti

Cognome _____ **Nome** _____

Cognome _____ **Nome** _____

Genitori dell' alunno/a:

Cognome _____

Nome _____ **classe** ____ **sez.** ____

reperibili ai seguenti numeri telefonici:

Cell _____ **Cell** _____

FORNISCONO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE PER LA PARTECIPAZIONE DELL'ALUNNO ALL'INIZIATIVA

Eventuali patologie in corso _____

Allergie particolari _____

Terapie eventuali in corso (allegare certificato medico)

_____

Diete sanitarie (allegare certificato medico)

_____

Notizie utili da comunicare

_____

Indicare farmaci/terapie per le quali non dà l'autorizzazione

A tale scopo il sottoscritto:

- è informato che, ai sensi della Legge 196/03 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali -, i dati di seguito forniti saranno gestiti dalla Scuola.
- dichiara di essere consapevole che, ai sensi degli artt. 73, 75, 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia e che la Scuola è esente da ogni responsabilità in conseguenza di false dichiarazioni.

Ladispoli,

Firma dei Genitori

….....

….....

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affido congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore _____