|  |
| --- |
| **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  **“Antonio Gramsci – Edoardo Amaldi”**  **Via delle Cernitrici 09013 - CARBONIA**  **Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamenteImmagine che contiene testo, stufa, elettrodomestico  Descrizione generata automaticamenteImmagine che contiene dessert  Descrizione generata automaticamente**    ***Liceo Classico***  ***Liceo Linguistico***  ***Liceo Scientifico***  ***Liceo Sportivo***  ***Anno Scolastico 2024/2025***  **VIAGGIO D’ISTRUZIONE**  **BUDAPEST / ATENE**  **(cancellare la destinazione non prescelta)** |

Modulo per MAGGIORENNI e MINORENNI

**AL Dirigente Scolastico dell’IIS**

**“Gramsci Amaldi di Carbonia”**

**SCHEDA SANITARIA DELL'ALLIEVO**

**DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE (EVENTUALI PATOLOGIE E/O ALLERGIE AMBIENTALI E/O PUNTURE DI INSETTI E/O INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI)**

I sottoscritti(Padre)…………………………………………(Madre)…………………………………………..

Genitore/i dell’alunno/a…………………………………………….frequentante la classe………….sez……….

Indirizzo………………………….per l’anno scolastico 2023/24

**E**

Il sottoscritto alunno……………………………………………frequentante la classe………….sez……… indirizzo………………………….. per l’anno scolastico 2023/24

**DICHIARANO CHE**

Il sottoscritto alunno (nome)……………………(cognome)…………………….........sopra meglio individuato

 Non è affetto/a da alcun tipo di patologia

 Non è affetto/a da alcun tipo di allergia e/o intolleranza

 E’ affetto da patologie, allergie e/o intolleranze e già ha presentato la certificazione medica necessaria alla scuola per la somministrazione e/o per l’autosomministrazione quali…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 E’ affetto/a da: (indicare qui sotto il tipo di patologia, allergia e/o intolleranza) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

e ASSUME regolarmente i seguenti farmaci (in tal caso allegare certificazione medica): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dichiara/ Dichiarano,**

inoltre, che quanto sopra corrisponde al vero e solleva/sollevano l’Istituzione Scolastica da responsabilità derivanti da patologie, allergie e/o intolleranze conosciute ma non dichiarate. I sottoscritti genitori e l’alunno, rispetto a quanto dichiarato, qualora si manifestasse qualsiasi variazione in merito allo stato di salute del/la proprio/a figlio/a, successivamente alla data della presente dichiarazione, si impegnano a darne tempestiva comunicazione. Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del Regolamento UE 679/2016

Carbonia, ……………………………..

Firma Padre Firma Madre

Firma Alunno

Qualora risulti impossibile acquisire le firme di entrambi i genitori, sottoscrivere la dichiarazione in ALLEGATO alla presente. Modulo per MAGGIORENNI e MINORENNI ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE Il sottoscritto ………………………………………in qualità di………………………………….. dello studente………………………………………della classe ………..sez…………. indirizzo………………………consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti alla verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver sottoscritto la presente dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Carbonia,…………………………………

Firma………………………………...