

Istituto Comprensivo Statale “NINO CORTESE”

Sede Centrale via B. Croce 38 - 80026 CASORIA (NA) Tel/Fax 081 7590420

C.F. 93056830636 Cod. Mecc. NAIC8EN005

e-mail: [naic8en005@istruzione.it-PEC](mailto:naic8en005@istruzione.it-PEC)[naic8en005@pec.istruzione.it](mailto:naic8en005@pec.istruzione.it)

Sito scuola: www.icninocortese.edu.it

**Prot. n. 278/A37a Casoria, 22-01-2020**

**Autocertificazione dei genitori sullo stato di salute dei figli in viaggio di istruzione**

Lo scrivente invita i Sig.ri Genitori degli alunni che partecipano al viaggio di istruzione a sottoscrivere le seguenti dichiarazioni riguardo allo stato di salute del/la proprio/a figlio/a. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato ai sensi del D.Lgs 196/03 e sue integrazioni riguardo il “**Codice in materia di protezione dei dati personali**”.

**IL D.S. Prof. Giuseppe ESPOSITO**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993

I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitori dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiarano che il proprio figlio:

**Ha allergia: € NO oppure € SI € FARMACI € AMBIENTE**

**€ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Non è affetto/a** € oppure **è affetto** € dalle seguenti patologie: celiachia € diabete €

altro € (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa, i genitori autorizzano il docente accompagnatore assegnato a verificare che l’alunno assuma il seguente farmaco che è stato fornito da loro: …………………………………………………………………………………………………………………...

Altre note o informazioni specifiche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di stato febbrile e/o altro malessere (mal di pancia, emicrania, mal d’auto, contusioni, punture d’insetti ecc.), saranno contattati i genitori telefonicamente e in mancanza di risposta la Guardia Medica o il 118.

**N.B.: è obbligatorio fornire, in via cautelativa, la fotocopia della tessera sanitaria.**

Casoria,

Firma dei genitori

Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_