**MODULO 4**

# SCHEDA SANITARIA ALUNNO PER PARTECIPAZIONE A VIAGGI DI ISTRUZIONE, STAGE, SCAMBI E MOBILITÀ INTERNAZIONALE

I sottoscritti *(cognomi e nomi)*



Genitori dell’alunno/a frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell’indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reperibili ai seguenti recapiti telefonici:

abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# oppure

Il sottoscritto *(cognome e nome)*



in qualità di tutore affidatario dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reperibile ai seguenti recapiti telefonici:

abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FORNISCONO /FORNISCE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE:

**Malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia**



# Farmaci o terapie per cui non dà l’autorizzazione



**Allergie particolari** (*farmaci, pollini, etc.),* **comprese le allergie e le intolleranze alimentari:** (allego certificato medico)



**Problemi notturni eventuali:** Sonnambulismo/apnee? Altro?



# Utilizzo di apparecchi protesici o altri ausiliari



**Vaccinazioni: l’alunno/a** ha effettuato la vaccinazione e il richiamo per l’antitetanica?

# Si No

***Dichiaro che, in caso di DISTURBO O MALATTIA CHE SI MANIFESTA NEI GIORNI CHE PRECEDONO LA PARTENZA, presenterò CERTIFICATO MEDICO con diagnosi e indicazioni terapeutiche e/o alimentari.***

***Dichiaro di consegnare a mio/a figlio/a solo i farmaci o i rimedi indicati per la terapia prescritta e in quantità necessaria per la durata della cura durante il soggiorno.***

Data,

Firma di entrambi i genitori\*



\* NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE

SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull’alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Adria, li Firma del genitore *(Firma del genitore)*

*Nel caso di alunno affidato a Tutore:*

*Adria, lì Firma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# NOTE SANITARIE INFORMATIVE

* 1. La somministrazione dei farmaci da parte dei docenti può avvenire solo quando non richiede cognizioni

specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

* 1. Deve essere formalmente richiesta dai genitori e prescritta con certificato medico.
  2. Il certificato medico deve indicare l’orario, la posologia e la modalità di somministrazione.
  3. Le specialità medicinali devono essere conservate nella propria confezione originale in quantità sufficiente

a coprire l’intera terapia per il periodo prescritto.

* 1. Qualora il minore durante il periodo di soggiorno/studio sia ricoverato in ospedale, sarà rilasciata una scheda con riportate la diagnosi e/o le eventuali terapie somministrate.
  2. Si garantisce la privacy per i dati relativi alla salute.
  3. Si prega di contattare i genitori per comunicazioni specifiche.

Firma di entrambi i genitori\*



# NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE

**SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull’alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.**

Adria, li Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Firma del genitore)*

*Nel caso di alunno affidato a Tutore:*

*Adria, lì Firma* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Firma del genitore)*

**Informativa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679**

I dati sopra riportati sono raccolti per le finalità connesse alla partecipazione all’iniziativa specifica e sono trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il rifiuto di fornire gli stessi comporta ovviamente l’impedimento di fornire il servizio adeguato alle necessità individuali dei minori nonché tutti gli altri adempimenti conseguenti e connessi alla permanenza del minore presso le famiglie ospitanti. I dati sono conservati garantendone la sicurezza e la riservatezza con adeguate misure di protezione, secondo quanto disposto dall’art. 31 all’art. 36 del D. Lgs. 196/03, al fine di ridurre i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati, di accesso non autorizzato, o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

I dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici e privati, con esclusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, quando sia previsto da disposizioni di legge o di regolamento.

I dati di carattere sanitario sono trattati limitatamente alle operazioni indispensabili per la tutela dell’incolumità fisica del minore.

Per ulteriori informazioni si rinvia all’Informativa pubblicata sul sito al seguente link: <https://www.liceoadria.edu.it/wp-content/uploads/2021/07/FIRMATO_INFORMATIVA-ALUNNI-E-FAMIGLIE-DEL-01.07.2021-2.pdf>

L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

A tale scopo vengono gli interessati dichiarano:

* di essere informati che, ai sensi del D. Lgs. 196/03- *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*, i dati forniti saranno utilizzati solamente per la singola iniziativa
* di essere consapevoli che, ai sensi degli artt. 73,75,76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la 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 il Dirigente scolastico del LICEO I.I.S.BOCCHI GALILEI è esente da ogni responsabilità in conseguenza di false dichiarazioni.

Firma di entrambi i genitori\*



# NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE

**SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sull’alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.**

Adria, li Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Firma del genitore)*

*Nel caso di alunno affidato a Tutore:*

*Adria, lì Firma*