***Informazioni obbligatorie in materia di protezione dei dati personali***

 ***(ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE 679/2016)***

L’Istituto nello svolgimento delle attività didattiche organizza viaggi istruzione/visite guidate/eventi a scopo educativo/progetti laddove sono previsti i servizi di alloggio e/o ristorazione e mensa. In tali occasioni, lo studente può pernottare presso strutture selezionate dall’Istituto e usufruire di altri servizi come pranzi cene anche al sacco. In caso di malori o infortuni, l’Istituto intende erogare prontamente servizi di prima assistenza e/o contattare strutture sanitarie nella maniera più efficiente. A tal fine sono necessarie informazioni riguardanti lo stato di salute come allergie, intolleranze alimentari, utilizzo di farmaci, tessera sanitaria di cui è eventualmente affetto lo studente. Queste informazioni le raccogliamo attraverso il modulo allegato che deve essere consegnato al Docente accompagnatore/Docente referente progetto.

I dati raccolti tramite modulo in basso saranno conservati con cura dallo stesso docente**, trattate in modalità esclusivamente cartacea e distrutte al termine dell’evento.** Le informazioni in esse contenute verranno comunicate solo ai possibili destinatari per le sole finalità indicate. Anche i destinatari potranno trattare tali informazioni solo per la corretta esecuzione del servizio pernottamento, ristorazione/mensa, assistenza e per il periodo di tempo strettamente necessario.

Per ogni altra informazione relativa alla modalità con cui l’Istituto tratta è possibile fare riferimento alla **informativa di carattere generale pubblicata dall’Istituto sul proprio sito web** www…………………………………………………………..nella quale sono indicati le modalità di esercizio dei vostri diritti sanciti negli art. da 15 a 22 del GDPR 679/2016.

Gli Interessati (genitori/tutori o studente se maggiorenne) per presa visione

**(**Firma leggibile)

**(**Firma leggibile)

**Modulo Intolleranze / Allergie** (*da restituire ai docenti accompagnatori*)

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_ sez. \_\_ partecipante al viaggio di istruzione/visita guidata/evento a scopo educativo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docenti accompagnatori

docente referente progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

 Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia e /o intolleranze alimentari;  Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti forme di allergia e /o intolleranze alimentari:

 Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in

alternativa)

Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante)

**Recapiti telefonici: Cell. Padre\_ Cell.Madre Casa Altro**

**Salerno,**

**In caso di firma di un solo genitore:**

“I sottoscritti, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore Firma del Genitore

**Modulo Medicine** (*da restituire ai docenti accompagnatori*)

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_ sez. \_\_ partecipante al viaggio di istruzione/visita guidata/evento a scopo educativo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docenti accompagnatori

 docente referente progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

 Che è in possesso della tessera sanitaria n°

 Che è allergico ai seguenti medicinali

* che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci con la posologia sotto indicata

Farmaco Posologia Farmaco Posologia Farmaco Posologia

Terapie mediche in atto Se si quali

Si

No

Lo/La studente/studentessa sa gestire da solo/a la somministrazione dei farmaci

Si

No

Se NO autorizzano i docenti alla somministrazione allegando prescrizione medica con posologia.

**Recapiti telefonici: Cell. Padre\_ Cell.Madre Casa Altro**

**Salerno,**

**In caso di firma di un solo genitore:**

“I sottoscritti, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore Firma del Genitore

**Modulo Intolleranze / Allergie** (*da restituire ai docenti accompagnatori*)

– **studente maggiorenne**

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_ sez. \_\_ partecipante al viaggio di istruzione/visita guidata/evento a scopo educativo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docenti accompagnatori

docente referente progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* di non presentare nessuna forma di allergia e /o intolleranze alimentari;
* di presentare /le seguenti forme di allergia e /o intolleranze alimentari:

 Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in

alternativa)

Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante)

**Recapiti telefonici: Cell. Padre\_ Cell.Madre Casa Altro**

**Salerno,**

Per presa visione i genitori

Firma del Genitore Firma del Genitore

**Modulo Medicine** (*da restituire ai docenti accompagnatori*)

 – **studente maggiorenne**

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_ sez. \_\_ partecipante al viaggio di istruzione/visita guidata/evento a scopo educativo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docenti accompagnatori

docente referente progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

 di essere in possesso della tessera sanitaria n°

 di essere allergico ai seguenti medicinali

* che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci con la posologia sotto indicata:

Farmaco Posologia Farmaco Posologia Farmaco Posologia

Terapie mediche in atto Se si quali

Si

No

Lo/La studente/studentessa sa gestire da solo/a la somministrazione dei farmaci

Si

No

Se NO autorizzano i docenti alla somministrazione allegando prescrizione medica con posologia.

**Recapiti telefonici: Cell. Padre\_ Cell.Madre Casa Altro**

**Salerno,**

Per presa visione i genitori

Firma del Genitore Firma del Genitore