

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 Medicina (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 Si No

Se si quali _____

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 Medicina (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 Si No

Se si quali

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 _____