

**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.....](http://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 \_\_\_\_\_