Oggetto: consenso al trattamento dei dati sanitari personali.

Io sottoscritto……………………………………………..a nato a………………………………………..… il……..……………………….. acquisite tramite informativa tutte le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del Regolamento Europeo 2016/ 679 e al vigente Codice in materia protezione dei dati personali di cui al Decreto legislativo 196/2003, presto il mio consenso al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa di cui sopra.

**Do il consenso Nego il consenso**

Firma dei genitori

Padre ……………………………………………………. Madre …………………………………………………………………………

(firme leggibili)

**Nel caso di firma di un solo genitore**

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245 2000, dichiara di avere effettuato la scelta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriali di cui agli articoli 316,338 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Visita guidata/ Viaggio di istruzione a………………………………..dal…………………………………al………………………………..

Studente/ssa…………………………………..classe ………………………plesso di …………………………………..

**SCHEDA SANITARIA** da consegnare al personale accompagnatore. Lo studente/ssa sopra indicato/a…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.**Soffre di patologie croniche?** | SI | NO |
| Se sì, quali? |  |  |
| 2. **Deve assumere regolarmente farmaci?** | SÌ | NO |
| Se sì, quali e quando? ( compilare modello allegato richiesta somministrazione farmaci) |  |  |
| 3. **Soffre di allergie a farmaci?** | SÌ | NO |
| .Se sì, quali? |  |  |
| 4.**Soffre di allergie alimentar**i? | SÌ | NO |
| Se si a quali cibi e/o alimenti? |  |  |

Il/ la sottoscritto/a………………………………………………, genitore dell’alunno alunno/a cui si riferisce la presente scheda, autorizza il Personale dell’Istituto nominato accompagnatore della visita guidata/ viaggio d’istruzione sopra indicato, ad assumere durante la visita/ viaggio d’istruzione ed in caso di emergenza/ urgenza, le decisioni ritenute necessarie in merito ad eventuali ricoveri ospedalieri, cure mediche o interventi sanitari che si rendessero assolutamente necessari ed indilazionabili.

Firma dei genitori

Padre ……………………………………………………. Madre …………………………………………………………………………

**Nel caso di firma di un solo genitore**

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/ 2000, dichiara di avere effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316,338 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Per il consenso al trattamento dei dati sensibili deve essere allegata copia del documento d’identità**