

DATI DELLO STUDENTE					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RESIDENZA			COMUNE		
CLASSE			SEZIONE	settore	

DATI DEI GENITORI (SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE)					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					
SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (eventuale)					
COGNOME			NOME		
NATO/A A		PROV.		IL	/ /
RECAPITO TELEFONICO					

SEGNALAZIONI			
Barrare con una crocetta			
ALLERGIE	SI	NO	
INTOLLERANZE ALIMENTARI	SI	NO	
DIETE SPECIALI	SI	NO	
PATOLOGIE	SI	NO	
USO DI FARMACI*	SI	NO	
DIFFICOLTA' ALLA DEAMBULAZIONE	SI	NO	
ALTRO			

**In caso uso di farmaci previsti per terapie prescritte i genitori (ovvero gli esercenti la responsabilità genitoriale), provvederanno a dotare lo studente del/i farmaco/i necessario/i., allegando alla presente opportuna documentazione medica.*

Firma

Fanno fede le copie dei documenti di identità in corso di validità a corredo del modulo autorizzativo di cui all'Allegato 2.

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di aver perfezionato la segnalazione 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.

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

_____, _____

Firma

Fanno fede le copie dei documenti di identità in corso di validità a corredo del modulo autorizzativo di cui all'Allegato 2.