



Mod. 519

## DICHIARAZIONE DI PATOLOGIE PER VIAGGI DI ISTRUZIONE

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "Via Latina 303" - Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre

madre

tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che l'alunno/a

Non soffre di nessuna patologia

Soffre delle seguenti patologie \_\_\_\_\_

Non ha allergie farmacologiche

Ha allergie ai seguenti farmaci \_\_\_\_\_

Non ha allergie alimentari

Ha allergie ai seguenti alimenti \_\_\_\_\_

In caso di assunzione (regolare o eventuale) di particolari farmaci, si impegna a comunicarne modalità, posologia, controindicazioni, effetti collaterali, interazioni.

Il/La sottoscritto/a **dichiara** di essere consapevole che l'istituzione scolastica può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione (D.lgs. 196/2003).

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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