

**MODULO RILEVAZIONE PATOLOGIE, INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O DA FARMACI, ALLERGIE**

VIAGGIO DI ISTRUZIONE A _____
DATA DEL VIAGGIO _____ CLASSE _____
ALUNNO _____
LUOGO DI NASCITA _____
DATA DI NASCITA _____
GENERE F M

DICHIARA

di essere affetto dalle seguenti patologie, intolleranze alimentari e/o da farmaci, allergie:

CELIACHIA

ALLERGIE

INTOLLERANZE ALIMENTARI

INTOLLERANZE DA FARMACI

Informativa agli interessati ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003

I dati conferiti saranno trattati secondo quanto di seguito riportato:

- finalità e le modalità del trattamento: **assistenza durante il viaggio d'istruzione;**
- natura relativa al conferimento dei dati: **obbligatoria;**
- conseguenze di un eventuale rifiuto: **mancata accettazione della richiesta;**
- modalità di trattamento dei dati: **informatizzata e non informatizzata;**
- categorie di soggetti, ai quali i dati possono essere comunicati nell'ambito del viaggio di istruzione: **organi costituzionali o di rilievo costituzionale; organismi sanitari; personale medico e paramedico; forze dell'ordine, uffici giudiziari, enti locali, imprese di assicurazione.**

Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico: dott.ssa **Stefania Scatista**.

L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile presso la segreteria della nostra istituzione scolastica.

La informiamo, altresì, che Lei può esercitare i diritti, di cui all'art. 7 del Testo Unico in materia di trattamento di dati personali, presentando istanza alla segreteria o ad uno dei responsabili del trattamento dati, richiedendo l'apposito modulo.

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili ed ai sensi del D.Lgs. n.196/2003

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ricevuta ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali sensibili sopra riportati, funzionali agli scopi e alle finalità per le quali il trattamento è effettuato.

Fermo, li _____ Firma¹ _____

¹ Dell'alunno maggiorenne o del genitore in caso di alunno minorenni

Tipo	Descrizione	Area	Codice	Pagine
Modulo	Modulo di rilevazione patologie, intolleranze alimentari e/o da farmaci, allergie	STUDENTI		1 di 1