



ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"Gabriele D'Annunzio - Max Fabiani"

Sede legale: Via Italo Brass 22 – 34170 Gorizia
 Tel. 0481-535190 – C.F. 80004090314 – Cod.Mecc.GOIS007005
 e-mail: gois007005@istruzione.it - Posta certificata: gois007005@pec.istruzione.it - sito web: www.dannunzio-fabiani.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
IN AMBITO SANITARIO E MODALITA' DI COMUNICAZIONE
SULLO STATO DI SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a

PADRE
 Cognome Nome
 nato a, il Tel

MADRE
 Cognome Nome
 nata a, il Tel

genitore dell'alunno/a.....

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;
- Di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali del/la proprio/a figlio/a.

RICHIESTE

Che le informazioni sullo stato di salute del/la proprio/a figlio/a vengano fornite alle seguenti persone:

- Dirigente dell'Istituzione Scolastica
- Personale docente
- Personale ATA
- Altro (specificare).....

FIRMA DEL/LA DICHIARANTE

padre

madre

Luogo e data

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto (genitore - PADRE), nato a, il,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R.
445/2000, in riferimento al/la paziente (figlio/a)..... , nato/a a,
il,

dichiara sotto la propria responsabilità:

} di esercitare la patria potestà nei confronti del minore sopra indicato

} di essere il legale rappresentante del/la paziente sopra indicato/a

La sottoscritta (genitore - MADRE)....., nata a, il,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R.
445/2000, in riferimento al/la paziente (figlio/a)..... , nato/a a
.....
, il,

dichiara sotto la propria responsabilità:

} di esercitare la patria potestà nei confronti del minore sopra indicato

} di essere il legale rappresentante del/la paziente sopra indicato/a

FIRMA DEL/LA DICHIARANTE

padre

madre

Luogo e data

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott.ssa Marzia BATTISTUTTI

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/93

COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI DAI GENITORI ALL'ISTITUTO

Al Dirigente Scolastico
dell'I.S.I.S. "D'Annunzio-Fabiani"
GORIZIA

Il sottoscritto _____, nato a _____ (____) il
_____, residente a _____ (____), indirizzo:

nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

la sottoscritta _____, nata a _____ (____), il
_____, residente a _____ (____), indirizzo:

nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a, studente/studentessa
_____ nato /a a _____ il _____ e
frequentante nell'anno scolastico 202.../2... la classe _____ sez. _____ del

COMUNICANO

all'istituzione scolastica le seguenti informazioni ritenute importanti per la tutela della salute, la sicurezza e il benessere dell'alunno/a:

SI ALLEGANO LE SEGUENTI RELAZIONI:

- DEL MEDICO DI BASE
- DI MEDICI SPECIALISTI.

Gorizia, _____

Firma Genitori

padre _____

madre _____

Numeri di telefono utili:

Genitori - madre _____ - padre _____

Altri recapiti utili _____