**NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A**

**NOME E COGNOME SCRITTO IN STAMPATELLO**

**………………………………………………………………….**

*(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa o in maniera riservata)*

Segnaliamo al Responsabile dell’attività le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a, specificando eventuali necessità:

|  |  |
| --- | --- |
|  è una persona con disabilità motoria |  è una persona sorda |
|  è una persona con disabilità intellettiva |  è una persona cieca o ipovedente |
|  è una persona con diabete |  ha un’allergia o un’intolleranza alimentare, da specificare di seguito |
|  è una persona che necessita di dialisi |  |

Specificazioni e necessità:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Informativa relativa alla tutela della riservatezza,**

**in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative**

Dichiariamo di aver letto e compreso l’Informativa circa l’utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo e data, ..........................................…….

Firma Padre ..................................................... Firma Madre ......................................................

**DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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 o comunque in osservanza di quanto eventualmente previsto in merito da provvedimenti giudiziari.

Luogo e data, .............................. Firma di un genitore .........................................