Al Dirigente Scolastico

I.C. “E. DE AMICIS”

RANDAZZO (CT)

# OGGETTO: Approvazione norme di comportamento viaggio d’istruzione - Autorizzazione a partecipare al viaggio di istruzione ; Comunicazione eventuali allergie/regimi alimentari/assunzione farmaci

Il/la sottoscritto (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_, con recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_, con recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

# DICHIARA/DICHIARANO

di avere letto, in ogni sua parte, il regolamento relativo ai viaggi d’istruzione e/o soggiorni linguistici e ne ACCETTA senza alcuna riserva tutte le condizioni.

# DICHIARA/DICHIARANO

di aver adeguatamente e dettagliatamente istruito mio/a figlio/a circa i comportamenti corretti da tenere e quelli scorretti da cui astenersi, in particolare per quanto riguarda il divieto assoluto di allontanarsi, anche temporaneamente dal gruppo e/o dagli accompagnatori, con particolare riguardo alle ore notturne dedicate al riposo e al recupero delle energie psico-fisiche di tutti, nonché al rispetto e uso corretto dei mezzi di trasporto, dei locali e delle attrezzature alberghiere e degli altri luoghi e/o ambienti visitati, quindi, di averne accertato comprensione e interiorizzazione

# AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al viaggio di istruzione che si terrà il giorno 07/10-05/2024 con la seguente meta Umbria.

# AUTORIZZANO

L’Istituto, nella figura de Dirigente Scolastico ed i suoi collaboratori nella loro qualità di incaricati autorizzati al trattamento, ai sensi del GDPR 679/2016, al trattamento dei dati personali comuni e sensibili del/la proprio/a figlio/a e la loro comunicazione, con strumenti sia cartacei che elettronici, alle Agenzie di viaggio al fine di erogare il servizio relativo alla organizzazione dei viaggi di istruzione e lo stage linguistico.

I dati personali oggetto di trattamento sono quelli rientranti nelle seguenti categorie di dati:

* Dati personali comuni: come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale o, se necessario, recapiti email e telefonici dei genitori
* Dati sensibili relativi alla salute e alle convinzioni filosofiche o il credo religioso (trattati solo se necessario e al fine, ad esempio, di predisporre l’erogazione dei pasti)

Tali dati verranno trattati esclusivamente per la suddetta attività e non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

# DICHIARA/DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a PRESENTA le seguenti allergie (alimentari, a materiali e/o indumenti, ecc) e/o NECESSITA di particolari regimi alimentari:

che il/la proprio/a figlio/a NON PRESENTA allergie (alimentari, a materiali e/o indumenti, ecc) e NON NECESSITA di particolari diete/regimi alimentari;

che il/la proprio/a figlio/a ASSUME i seguenti farmaci (salvavita, per malattie e/o allergie particolari; allegare certificato medico attestante la necessità di assunzione del farmaco e la posologia):

che il/la proprio/a figlio/a NON ASSUME farmaci (salvavita, per malattie o allergie particolari).

l’Istituto e gli Insegnanti accompagnatori a far prestare a mio/a figlio/a, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie, impegnandosi fin d’ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta.

# Alla presente si allega/no documento/i di riconoscimento leggibile/i del/dei genitore/i.

Luogo e Data

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_