**Al DS dell’ISISS M. POLO**

**Ai docenti accompagnatori della gita a……………………………………….**

**D I C H I A R A Z I O N E**

 Il/la sottoscritto/a ..........................................................................................genitore dello

studente…………………………………………………. della classe……………

**DICHIARA**

* Di essere stato informato sul programma predisposto dai docenti per la gita che si svolgerà presso……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nel periodo da…………………………….a………………………………….

* Che il proprio figlio
* Assume a scopo terapeutico farmaci in modo autonomo per

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Non assume alcun farmaco a scopo terapeutico
* (altro)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………...
* Non è allergico/intollerante a farmaci o sostanze
* E’ allergico/intollerante ai seguenti farmaci o sostanze

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Il sottoscritto si impegna a comunicare ai docenti accompagnatori ogni altra informazione utile a garantire una serena partecipazione dello studente alla gita, e, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal DPR n 445/00, dichiara di aver espresso quanto sopra in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli arttr. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori

 Luogo e Data………………………… FIRMA studente ……………………………………….……….

Firma del genitore……………………………………….………..

N di tel utili………………………………………………………………………………………………..

.