

## NOTIZIE particolari sanitarie relative a

.....  
(Cognome e Nome partecipante)

.....  
(indicare attività svolta)

*(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa)*

Segnaliamo al Responsabile dell'Oratorio le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie da segnalare

---

---

---

Allergie e intolleranze (anche agli alimenti)

---

---

---

Altro

---

---

---

### **Informativa relativa alla tutela della riservatezza, in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative della parrocchia.**

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

Luogo e data , .....

Firma leggibile del Padre ..... Firma leggibile della 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.

Luogo e data, .....

Firma leggibile di un genitore .....

