ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
FOLLADOR - DE ROSSI
AGORDO - FALCADE
Scuola & Convitto

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI
Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani

**Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Déodat Gratet de Dolomieu, 1**
**Tel. 0437/62015 – Fax 0437/643427**
**Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25**
**Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104**
**www.follador.edu.it**
**blis00600e@istruzione.it◆ blis00600e@pec.istruzione.it**

# CARTELLA INFERMIERISTICA - Allegato 15 - Convitto di Falcade

*Dati trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., con conservazione a cura dell'infermeria del Convitto per la durata dell'anno scolastico e secondo il piano di conservazione dell'Istituto*

| Cognome e Nome dello/a studente/essa |
|---|
| |

| Nato/a a | Prov. | il |
|---|---|---|
| | | |

| Residente a | Prov. | CAP |
|---|---|---|
| | | |

| Via | N. |
|---|---|
| | |

| Codice Fiscale | Azienda ULSS di appartenenza |
|---|---|
| | |

| Sesso | Classe/Sezione | Anno Scolastico |
|---|---|---|
| ☐ Femmina ☐ Maschio | | 20___/20___ |

| Ski College | | Disciplina |
|---|---|---|
| ☐ Sì ☐ No | | |

**Recapiti telefonici utili**

| tel. genitore/responsabile genitoriale | E-mail | Intestatario |
|---|---|---|
| | | |
| tel. genitore/responsabile genitoriale | E-mail | Intestatario |
| | | |
| tel. studente/essa se maggiorenne | E-mail | Intestatario |
| | | |
| tel. medico curante Dott./Dott. ssa | E-mail | Intestatario |
| | | |

Luogo _____ Data __/__ /____

| Firma del genitore/responsabile genitoriale o dello studente/essa se maggiorenne | Firma personale infermieristico |
|---|---|
| | |

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
FOLLADOR - DE ROSSI
AGORDO ▪ FALCADE
Scuola & Convitto

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI
Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Déodat Gratet de Dolomieu, 1**
**Tel. 0437/62015 – Fax 0437/643427**
**Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25**
**Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104**
**www.follador.edu.it**
**blis00600e@istruzione.it◆ blis00600e@pec.istruzione.it**

# INFORMAZIONI SANITARIE

*I sottoscritti, genitori/responsabili genitoriali del convittore/della convittrice, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, dichiarano sotto la propria responsabilità che le informazioni di seguito riportate, comprese le indicazioni relative ai farmaci somministrabili, corrispondono al vero:*

| | Sì / No | Quali |
|---|---|---|
| Allergie da farmaci | | |
| Allergie alimentari | | |
| Intolleranze alimentari | | |
| Altre allergie | | |

| |
|---|
| Malattie pregresse ed interventi chirurgici |
| Terapie in corso |
| Patologie di rilievo |
| Altre informazioni rilevanti di carattere sanitario |

*I/l sottoscritti/o genitori/responsabili genitoriali/studente/essa maggiorenne acconsentono/acconsente al trattamento dei dati relativi alla salute dello studente/essa sopra riportati, ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, per le finalità di assistenza sanitaria dello studente/essa in ambito convittuale, e dichiarano di aver preso visione dell'informativa resa dall'Istituto ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/67.*

Luogo _____ Data __/__ /____

| Firma del genitore/responsabile genitoriale o dello studente/essa se maggiorenne | Firma personale infermieristico |
|---|---|
| | |