

(consegnare in busta chiusa solo in caso di necessità:  
ad esempio, segnalazione di patologie ed eventuali terapie, allergie e intolleranze anche agli alimenti)

## NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A

\_\_\_\_\_

Cognome figlio/a

\_\_\_\_\_

Nome figlio/a

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

---

---

---

---

---

---

---

---

**ATTENZIONE: solo per chi è iscritto alla MENSA e segnala allergie o intolleranze è necessario consegnare contestualmente all'iscrizione un CERTIFICATO MEDICO che le attesti.**

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

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 del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

### **DA COMPILARE SE IL MODULO É 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 di un genitore \_\_\_\_\_