



ISTITUTO SUPERIORE "GENTILESCHI"

Cod.Ist.: NAIS06800B

Via Nuova Agnano, 30 80125 Napoli

Tel/fax 0817624019 sito web: www.istitutosuperioregentileschi.edu.it

P.E.C.: nais06800b@pec.it nais06800b@istruzione.it



OGGETTO: DICHIARAZIONE LIMITAZIONI TERAPEUTICHE, ALIMENTARI E SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA DURANTE IL VIAGGIO DI ISTRUZIONE

☐ I SOTTOSCRITTI detentore/detentori della responsabilità genitoriale

☐ tutore/tutori

☐ affidatario/affidatari

della/del minore _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ dell'Istituto Superiore "Gentileschi" di Napoli,

VISTO

il programma particolareggiato

☐ del viaggio d'Istruzione a Firenze, con partenza da Napoli l'8 aprile 2024, alle ore 7,20 dalla stazione ferroviaria Centrale di Napoli e rientro previsto l'11 aprile 2024 alle ore 18,48, presso la stessa stazione ferroviaria,

DICHIARA/DICHIARANO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445,

☐ che il/la proprio/a ragazzo/a è affetto alle seguenti allergie _____;

☐ che l'alimentazione del/della proprio/a ragazzo/a soggiace alle seguenti limitazioni alimentari _____;

☐ che eventuali cure mediche prestate al/alla proprio/a ragazzo/a devono tener conto delle seguenti limitazioni terapeutiche _____;

così come da certificazione medica del ____/____/____, allegata alla presente.

PERTANTO DELEGA/DELEGANO

i docenti accompagnatori

☐ alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i salvavita: _____,

così come da certificazione medica del ____/____/____, allegata alla presente

☐ in caso di necessità e di urgenza, a far prestare le cure mediche alla propria/al proprio minore, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta;

NAPOLI, FIRMA.....