

- certificato medico per intolleranza o allergia SI NO

a.....

- certificato e posologia medica per somministrazione di medicinali salvavita SI NO

GENITORE SOCIO COGNOME E NOME.....

(Se non viene indicato il nominativo, verrà iscritto d'ufficio il nominativo del padre)

Note (altre informazioni utili):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data _____

Firma leggibile padre (**) _____
(Firma di autocertificazione ai sensi delle Leggi: 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)

Firma leggibile madre (**) _____
(Firma di autocertificazione ai sensi delle Leggi: 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)

(*) La persona, firmando, dichiara di aver preso visione dell'informativa "04h1 Informativa N° Telefonici" pubblicata sul sito www.scuolainfanziaabannia.it e acconsente al trattamento dei dati per le finalità riportate in essa, come previsto dal GDPR 2016/679.

(**) Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la presente modulistica, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.