**DICHIARAZIONE REQUISITI SPECIALI DEL PARTECIPANTE**

Il/la sottoscritto/a ............................................................................................................................... nato/a a……….……………………………………….………………………………., il ………/………/………, in qualità di rappresentante legale del minore…………………………………………………………………………………………………… nato/a a ……………………..………… il………………………………………………. residente in via ………………………………………….…………….. n° ………. Città ……………………………………………………………… Prov. ……….………….. cap ………………………… e-mail: ..…………………………………………………………………………….., documento di identità n°……………………………………scadenza…………………………….,

Per l’attività di stage formativo, dichiaro i seguenti requisiti relativi allo stato di salute e/o a particolari esigenze dietetiche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Particolari patologie  (Se si, specificare): | si | no |
| Necessità di assunzione di farmaci specifici  (Se si, specificare): | si | no |
| Particolari allergie/intolleranze  (Se si, specificare): | si | no |
| Regimi dietetici specifici o particolari preferenze alimentari:  (Se si, specificare): | si | no |
| Mobilità ridotta  (Se si, specificare la necessità di supporti specifici o particolari accorgimenti logistici): | si | no |
| Altre condizioni mediche che possano condizionare o precludere la partecipazione ad attività (incluse escursioni, attività sportive, attività ricreative) del programma  (Se si, specificare): | si | no |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

Data, Luogo Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Firmatario **espressamente dichiara** che è consapevole che le informazioni comunicate nel presente modulo **verranno inoltrate a i partner di progetto come documento meramente informativo senza alcun obbligo per gli stessi**, pertanto l’Istituto Superiore Marconi Galilei non può essere responsabile di comportamenti e azioni in contrasto con i requisiti relativi allo stato di salute o esigenze dietetiche dichiarate.

Data, Luogo Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_