

AUTODICHIARAZIONE SANITARIA AI SENSI DEL DPR 445/2000
(per partecipazione a mobilità Erasmus+)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente in _____

☐ in qualità di studente/studentessa maggiorenne

☐ in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale dello studente/studentessa minorenni

Cognome e nome studente/studentessa: _____

Classe: _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- che lo/la studente/studentessa è in condizioni di salute idonee a partecipare alle attività previste nell'ambito del progetto Erasmus+, codice di accreditamento 2022-1-IT02KA120-SCH-000109080 codice progetto 2025-1-IT02-KA121-SCH-000341601 CUP I51I25000140006

- di essere a conoscenza che la partecipazione comporta attività didattiche, culturali e di mobilità anche all'estero.

EVENTUALI INFORMAZIONI SANITARIE RILEVANTI

(da compilare solo se necessario)

- Allergie: _____
- Intolleranze: _____
- Patologie: _____
- Terapie in corso / farmaci salvavita: _____
- Altre informazioni utili: _____

RECAPITI PER EMERGENZE

Telefono genitori/tutori: _____

Altri contatti utili: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Istituzione scolastica al trattamento dei dati personali e particolari (dati sanitari) ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., esclusivamente per finalità connesse alla gestione della mobilità Erasmus+ e alla tutela della salute dello studente/studentessa.

DICHIARAZIONE FINALE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____