

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
Ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ CAP _____
prov. _____ via/Piazza _____
n.civ. _____ telefono _____ cell. _____
codice fiscale _____

Avvalendosi della facoltà di autocertificazioni prevista dall'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

CHE

- è intervenuta separazione consensuale e/o giudiziale, ovvero divorzio dal proprio coniuge Sig. _____, con affidamento congiunto della prole;
- il/la minore _____ è collocato/a presso la propria abitazione posta in _____ via _____;
- l'altro genitore/trice (Sig./Sig.ra _____) è stato informato/a dal/dalla dichiarante in ordine alla partecipazione dell'alunno/a _____ alle attività di Alternanza Scuola Lavoro che si terranno a decorrere presumibilmente dal 29/08/2018 per la durata di 28 giorni presso una struttura ospitante ubicata in Malta, nell'ambito del progetto "**LAVORARE ALL'ESTERO**" 10.6.6B Percorsi di alternanza scuola-lavoro – transnazionali;, con soggiorno presso il
- (l'altro genitore/trice (Sig./Sig.ra _____) è stato informato, in toto, del contenuto del patto formativo dello studente, del patto di assenso della famiglia/scuola, della dichiarazione relativa alla non sussistenza di patologie cliniche (ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-VACCINI), tali da impedire la partecipazione alle predette attività formative di Alternanza Scuola Lavoro;
- che l'altro genitore/genitrice (Sig./Sig.ra _____) ha manifestato il pieno e incondizionato assenso affinché il/la proprio/a figlio/a partecipi a tutte le attività previste nell'ambito del programma di Studi di Alternanza Scuola Lavoro.

Luogo, _____ Data _____

IL/LA DICHIARANTE

(nome e cognome)

- Si allega fotocopia di documento di riconoscimento del/della dichiarante

**MODULO DI INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINALI DA RESTITUIRE A SCUOLA
AL DOCENTE ACCOMPAGNATORE**

I sottoscritti Sig. e Sig.ra
.....
genitori dell'alunno/aclassesez.

...
partecipanti allo stage all'estero, in Londra, con soggiorno presso il
nell'ambito del progetto "LAVORARE ALL'ESTERO " 10.6.6B Percorsi di alternanza scuola-
lavoro – transazionali;
con inizio presumibile il 29 agosto e per la durata di n. 28
giorni

DICHIARANO

1. Che il proprio figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
2. che il proprio figlio/a presenta la/le seguenti allergia/e (INDICARE IN STAMPATELLO
NELLO SPAZIO SOTTOSTANTE la/le allergia/e e, in caso di intolleranza ad alcuni cibi,
specificare ciò che si può mangiare in alternativa;

.....
.....
.....
.....
.....

che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un
docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

FARMACOPOSOLOGIA
.....

FARMACOPOSOLOGIA
.....

FARMACOPOSOLOGIA
.....

FARMACOPOSOLOGIA
.....

3. che il proprio figlio/a presenta (specificare eventuali ipotesi non contemplate e relativo trattamento):
.....
.....
.....
.....

Data,

Firma