IISS "DUCA DEGLI ABRUZZI"
Via di Pozzuoli, 5 – Napoli – NAIS00300L – tel. 081 1822 2380 – nais00300l@istruzione.it – PEC nais00300l@pec.istruzione.it

ALLEGATO G – SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI INTOLLERANZE, ALLERGIE ED ESIGENZE ALIMENTARI E/O SANITARIE

FACOLTATIVA – da compilare solo in presenza di esigenze da segnalare, a cura dello studente maggiorenne o dei genitori/tutori (studente minorenne)

Al Dirigente Scolastico
dell'IISS "Duca degli Abruzzi"
Prof.ssa Antonietta Prudente
NAPOLI

Oggetto: Avviso di selezione degli studenti delle classi quarte – Percorsi di mobilità linguistica all'estero – Progetto ESO4.6.A8.A-FSEPN-CA-2026-82 "Mobilità linguistica e tirocini all'estero" – Avviso MIM Prot. AOOGABMI.0167911 del 01/07/2026 – CUP C64D26002950007.

DATI DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Telefono _____

In qualità di:

☐ studente maggiorenne ☐ genitore / tutore dello studente minorenne

Cognome e nome dello studente _____ Classe _____ Sez. _____

Ai fini dell'organizzazione del soggiorno a Valencia e della tutela della salute e sicurezza dello studente, SEGNALA quanto segue (compilare solo le sezioni pertinenti e indicare solo le informazioni strettamente necessarie):

1. ESIGENZE ALIMENTARI

☐ Allergia alimentare
☐ Intolleranza alimentare
☐ Dieta per motivi etici o religiosi (vegetariana, vegana, halal, kosher, altro)
☐ Altra esigenza alimentare

Alimenti/ingredienti da escludere e precisazioni:

2. ALLERGIE NON ALIMENTARI

☐ Allergia a farmaci, lattice, punture di insetti o altro

Specificare la sostanza e il tipo di reazione:

3. CONDIZIONI SANITARIE DA SEGNALARE PER LA SICUREZZA E L'ASSISTENZA

☐ Condizioni sanitarie, terapie in corso o esigenze di assistenza da segnalare al tutor scolastico

Indicare solo quanto necessario per garantire sicurezza e assistenza:

4. FARMACI DA ASSUMERE DURANTE IL SOGGIORNO

☐ Lo studente deve assumere farmaci durante il soggiorno
☐ Si tratta di farmaco salvavita (es. adrenalina autoiniettabile)
☐ Lo studente è in grado di auto-somministrarsi il farmaco

Farmaco, dose, orario e modalità di assunzione (secondo prescrizione medica):

5. COSA FARE IN CASO DI EMERGENZA

Sintomi da riconoscere e interventi da attivare:

Medico curante Telefono

☐ Si allegano certificato medico, prescrizione dietetica o piano terapeutico (ove necessari).

CONSENSO ESPLICITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI (art. 9, par. 2, lett. a) GDPR)

Il/La sottoscritto/a, avendo preso visione dell’informativa (Allegato E), presta il consenso esplicito al trattamento dei dati relativi alla salute e alle esigenze alimentari sopra indicati, che saranno comunicati solo al tutor scolastico, alla struttura formativa e all’alloggio ospitante e, se necessario, ai servizi sanitari, nella misura strettamente necessaria. Il consenso è facoltativo e revocabile in qualsiasi momento, ma l’assenza di informazioni potrebbe impedire all’Istituto di adottare le misure di tutela necessarie.

Luogo Data

Firma dello studente maggiorenne

Firma dei genitori/tutori (studente minorenne)