



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Porto Romano"
Sede Centrale: Via G. Bignami, 26 – Tel. e fax 06/65210799 – C.F. 97710580586
Succursale: Via Coni Zugna, 161 – Tel. 06/65210796 - C. M: RMIC8DM00N
00054 Fiumicino (RM) - e-mail: rmic8dm00n@istruzione.it

Genitori alunni classi 2^AE – 2^AH – 2^AM -
2^AC – 2^AG - 2^AD – 3^AD - 3^AA – 3^AB – 3^AI
Scuola Secondaria

Circolare n. 559 del 04 aprile 2024

Oggetto: Rettifica modulo Dichiarazione intolleranze – Assunzione farmaci

A integrazione della circolare n. 558 del 03 aprile 2024 si chiede ai genitori degli alunni che partecipano ai viaggi di istruzione che il modulo di dichiarazione delle intolleranze e assunzione farmaci deve essere firmato da entrambi i genitori come da nuovo modulo allegato.

Lo stesso va consegnato all'insegnante coordinatore di classe entro e non oltre la data indicata nella seguente tabella:

VIAGGIO DI ISTRUZIONE	CLASSI	DATA CONSEGNA
TOSCANA 10 – 11 – 12 APRILE	2 ^A E – 2 ^A H – 2 ^A M	VENERDÌ 5 APRILE
TOSCANA 15 – 16 – 17 APRILE	2 ^A C – 2 ^A G	MARTEDÌ 9 APRILE
TOSCANA 22 – 23 – 24 APRILE	2 ^A D – 3 ^A D	
FRIULI 6 – 7 – 8 – 9 MAGGIO	3 ^A A – 3 ^A B – 3 ^A I	

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Lorella Iannarelli

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 D.Lgs n. 39/1993

DICHIARAZIONE INTOLLERANZE – ASSUNZIONE FARMACI

Io sottoscritto _____ genitore dell'alunno

_____ classe _____ autorizzando mio figlio/a

a partecipare al campo scuola che si terra _____

_____ dal _____ al _____

DICHIARO

che mio figlio/a non ha nessuna allergia alimentare o altro

che ha le seguenti forme allergiche e non può assumere i seguenti alimenti – farmaci

se necessario assumerà autonomamente i seguenti farmaci (che avrà cura di portare con sè)

RECAPITI TELEFONICI:

1. _____

2. _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA

Fiumicino, lì _____

Firma leggibile di entrambi i genitori:

NEL CASO DI UNA SOLA FIRMA:

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA
