

## Segnalazione alla scuola di particolari esigenze mediche e/o protocolli di azione terapeutica

Si invitano i genitori/tutori a dare tempestiva informativa all'Ufficio di Segreteria Didattica, tramite il presente modulo cartaceo o a tramite mail avente per oggetto "ESIGENZE/PROTOCOLLI MEDICI" all'indirizzo istituzionale [rmpm180008@istruzione.it](mailto:rmpm180008@istruzione.it) l'eventuale documentazione attestante la necessità, presente o sopraggiunta, di protocolli di azione terapeutica e/o particolari esigenze mediche per il/la proprio/a figlio/a. Si ringrazia per la collaborazione.

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Vittoria Colonna Roma

### SEGNALAZIONE

Il/la sottoscritto/a

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

genitore/tutore dell'

alunno/a \_\_\_\_\_

**segnala quanto segue:**

allergia/intolleranza \_\_\_\_\_  
di cui allega certificazione medica rilasciata da:

\_\_\_\_\_

malattia metabolica \_\_\_\_\_  
di cui allega certificazione medica rilasciata da:

\_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ulteriori informazioni utili \_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del ex art. 13 D.Lgs. n.196/2003 e ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa*

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_