



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE "R. F. EVOLA"**

VIA G. BOMMARITO,16 – 90041 BALESTRATE  
Tel. 091/8980071 – Fax 091/8980082 PAIC83700C@istruzione.it  
C.F.:80027700824 – Cod. ministeriale PAIC83700C

VIAGGI DI ISTRUZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE (artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

**Al Dirigente scolastico dell'IC "Rettore F. Evola" di Balestrate**

*(in caso di segnalazioni particolari, ai fini della tutela della riservatezza è possibile consegnare il presente modulo o altra certificazione in busta chiusa).*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ e la sottoscritta \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ in relazione al viaggio di  
istruzione a \_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

**DICHIARANO**

sotto la personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000

- che il/la proprio/a figlio/a **non è affetto/a da patologie o disturbi** di cui i docenti accompagnatori debbano essere informati esclusivamente ai fini della tutela della salute e della sicurezza sua e degli altri partecipanti
- che il/la proprio/a figlio/a **è in stato di buona salute** ed è in grado di poter svolgere le varie attività durante il viaggio di Istruzione.

**SEGNALANO**

**Intolleranze e patologie inerenti l'alimentazione da comunicare agli alberghi e ai ristoranti**

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

**Allergie a farmaci** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Farmaci da assumere o cure da effettuare durante il viaggio** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altre patologie o stati psicofisici da segnalare** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sollevano pertanto la scuola da responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_