

## DICHIARAZIONE REQUISITI SPECIALI DEL PARTECIPANTE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di  
rappresentante legale di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Per l'attività di stage formativo, dichiaro i seguenti requisiti relativi allo stato di salute e/o a particolari esigenze dietetiche:

Particolari patologie (Se sì, specificare):	si	no
Necessità di assunzione di farmaci specifici (Se sì, specificare):	si	no
Particolari allergie/intolleranze (Se sì, specificare):	si	no
Regimi dietetici specifici o particolari preferenze alimentari: (Se sì, specificare):	si	no
Mobilità ridotta (Se sì, specificare la necessità di supporti specifici o particolari accorgimenti logistici):	si	no
Altre condizioni mediche che possano condizionare o precludere la partecipazione ad attività (incluse escursioni, attività sportive, attività ricreative) del programma (Se sì, specificare):	si	no

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

Data, Luogo

Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o di chi ne fa le veci nel caso di minorenni

Il sottoscritto Firmatario **espressamente dichiara** che è consapevole che le informazioni comunicate nel presente modulo **verranno inoltrate ai partner di progetto come documento meramente informativo senza alcun obbligo per gli stessi**, pertanto l'Istituto IISS Don Michele Arena non può essere responsabile di comportamenti e azioni in contrasto con i requisiti relativi allo stato di salute o esigenze dietetiche dichiarate.

Data, Luogo

Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o di chi ne fa le veci nel caso di minorenni