



Data Rilevazione \_\_\_\_\_

Docente Compilatore \_\_\_\_\_

**CONSENSO DATI PERSONALI/ATTIVITA'**



Al fine di poter svolgere l'attività didattica, si chiede al genitore/tutore/responsabile del degente (o degente stesso se maggiorenne) regolarmente iscritto ad un istituto di scuola secondaria superiore :



- l'adesione esplicita al progetto formativo;
- l'autorizzazione per l'accesso ad alcune informazioni di carattere personale (anagrafiche/scolastiche) e sanitario (informazioni da medici o infermieri per rispettare la corretta integrazione del percorso didattico e terapeutico).

**Le informazioni richieste sono limitate e strettamente finalizzate ad un utile intervento nei confronti dello studente degente. Le informazioni sono gestite nel rispetto della normativa e della deontologia professionale. Con il consenso si autorizza anche lo svolgimento dell'attività didattica.**

- Genitore
- Tutore
- Responsabile ospedaliero
- Degente
- Altro \_\_\_\_\_

Firma per approvazione



**DATI ANAGRAFICI**



Cognome:		Email:	
Nome:		Madrelingua	
Data di nascita:		Luogo di residenza:	
Luogo di nascita:		Indirizzo:	
Tel.alunno:		Tel.genitori:	
HC certificato:		Cod. Fisc.:	

**DATI SCOLASTICI**



Scuola:			
Sede Scuola:		Indirizzo:	
	☒	Tel ☎	Fax ☎
Cod. Mec.		Docente referente:	
Classe:			
Principali Materie:		Email/ Tel referente	
Religione cattolica		Studente non italofono	

Note (ripetENZE, percorsi personalizzati )

**DATI RICOVERO**



Reparto ricovero:		Data ricovero:	
Tipo di ricovero previsto	<input type="checkbox"/> D.H.	Data dimissione	
	<input type="checkbox"/> Degenza Breve(<7gg)		
	<input type="checkbox"/> Degenza Media (<=15gg)		
	<input type="checkbox"/> Degenza Lunga (>15gg)		
Logistica		Medico Riferimento:	

Consegna Brochure Informativa Progetto Scuola Ospedale

SI NO

Comunicazione degenza a scuola per degenze significative

SI NO

Consegna documentazione istruzione domiciliare

SI NO