



# IT GARIBALDI DA VINCI

CESENA

ISTITUTO TECNICO

Indirizzo Agraria Agroalimentare Agroindustria

Indirizzo Costruzioni Ambiente Territorio

AZIENDA AGRARIA

CAMPUS

Sede ind. AAA

Via Savio n. 2400

Tel. 0547 330603

Sede ind. CAT

Via De Gasperi n. 136

Tel. 0547 25307

[info@garibaldidavinci.gov.it](mailto:info@garibaldidavinci.gov.it)

[fota03000r@istruzione.it](mailto:fota03000r@istruzione.it)

[fota03000r@pec.istruzione.it](mailto:fota03000r@pec.istruzione.it)

[www.garibaldidavinci.edu.it](http://www.garibaldidavinci.edu.it)

Accoglienza Convitto 2020/21

## Modulo 2 – Delega Pronto Soccorso

Il/La sottoscritto/a.....

Padre/madre/tutor del convittore .....

DELEGA

l'Infermiera del Convitto ITA di Cesena ad accompagnare al Pronto Soccorso dell'Ospedale M.Bufalini di Cesena (*in caso di necessità*) il proprio figlio per accertamenti medici e a sottoscrivere il relativo "consenso informato" valido ad esclusione di eventuali interventi chirurgici.

Con la sottoscrizione della presente viene inoltre autorizzato il trattamento dei dati personali e sensibili di.....ai sensi della legge 163/2017.

In caso di piccoli incidenti,

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

il Pronto Soccorso a provvedere alla vaccinazione o ad un richiamo antitetanico.

Firma congiunta dei genitori/tutor/affidatari

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni/ integrazioni, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Firma del genitore

Cesena li \_\_\_\_\_