

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S.S "Von Neumann"  
Roma

**OGGETTO: comunicazioni sanitarie per viaggio d'istruzione dell'alunno \_\_\_\_\_**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
sede Via Pollenza/Via del Tufo comunicano, ai fini della partecipazione al campo scuola a  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, che il/la proprio/a  
figlio/a è affetto/a dalle seguenti patologie e/o allergie e/o intolleranze a farmaci e/o alimenti:

---

---

---

---

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa della privacy pubblicata sul sito web  
dell'Istituto.

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

Firme dei genitori

---

---