



**Polo  
Liceale  
Gorizia**



**FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI**

**pon  
2014-2020**



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

**ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE "DANTE ALIGHIERI"**  
Viale XX Settembre, 11 - Segr. 0481/530062 - gois001006@istruzione.it  
GORIZIA

**DICHIARAZIONE PROBLEMATICHE INERENTI ALLA SALUTE**  
*DECLARATION OF HEALTH STATUS*  
**STAGE LINGUISTICI E VIAGGI D'ISTRUZIONE**  
*MINI-STAY PROGRAMMES AND SCHOOL TRIPS*

Il/La/i sottoscritto/a/i – (I/We, the undersigned) \_\_\_\_\_

in qualità di Genitore/i avente/i titolo di patria potestà/tutor/i dell'alunno/a - (parent/s/guardian exercising parental rights of the student) \_\_\_\_\_

frequentante la classe – (who is attending the class) \_\_\_\_\_ sez. – (section) \_\_\_\_\_ dell'I.S.I.S. "Dante

Alighieri": Liceo Scientifico – Liceo Classico – Licei Slataper – (of I.S.I.S. "Dante Alighieri": Liceo Scientifico – Liceo Classico – Licei Slataper High School), in relazione alla visita d'istruzione/soggiorno linguistico a- (with regard to the school trip/ mini-stay to) \_\_\_\_\_

che si terrà dal – (which will take place from) \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al – (to) \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Dichiara/no che – (Declare that):

l'alunno/a – (the student) \_\_\_\_\_

- risulta intollerante a – (is intolerant to) \_\_\_\_\_
- risulta allergico/a a – (is allergic to) \_\_\_\_\_

Indicazioni in merito a **PATOLOGIE** in atto – (Indications regarding current **PATHOLOGIES/CONDITIONS**):

- Già segnalate – (Already reported)      SI' (YES)       NO

- Da segnalare – (To be reported here)      SI' (YES)       NO

Il/La/i sottoscritto/a/i comunica/no, in aggiunta a quanto già trasmesso all'Ufficio di Dirigenza su indicazione e avvallo del medico curante, le seguenti valutazioni/indicazioni attinenti alle difficoltà legate allo stato di salute:

(The undersigned communicate/s, in addition to whatever has already been sent to the School Principal's Office, on the instructions and endorsement of the attending physician, the following assessments / indications concerning health-related issues):

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

e le indicazioni per gli operatori addetti alla gestione dell'emergenza – (and the following guidelines for operators involved in emergency management):

---

---

---

Il/La/I sottoscritto/a/i comunica/no, inoltre, che l'alunno/a – (The undersigned also informs that the student)

Non necessita di medicinali – (is not currently taking medications of any kind)

Necessita di medicinali – (is currently taking medications)

e nello specifico comunicano – (specifically):

- medicinale (nome commerciale del farmaco) - (medication (trade name of the medicine ))

\_\_\_\_\_

- dosi di somministrazione – (dosage) \_\_\_\_\_

- modalità di somministrazione – (how to administer) \_\_\_\_\_

- modalità di conservazione – (storage conditions) \_\_\_\_\_

- durata della terapia – (duration of therapy) \_\_\_\_\_

- descrizione dell'evento clinico che richiede attenzione e/o somministrazione del farmaco – (description of the clinical event that requires attention and/or administration of the medication)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

- note di primo soccorso – (notes for First Aid responders)

\_\_\_\_\_

Si dichiara che il farmaco rientra nella categoria dei farmaci salvavita e pertanto la somministrazione è indispensabile e di assoluta necessità – (I/We declare that the medication falls within the category of life-saving drugs and therefore administration is essential and absolutely necessary):    SI' (YES)                       NO

Si allega da parte del/i genitore/i la certificazione medica (qualora necessario) - (The parent/s has/have attached the medical certificate (if necessary))

---

---

Visto il medico curante – (Seen by the attending physician) \_\_\_\_\_

(timbro e firma) – (stamp and signature)

Data - (Date) \_\_\_\_\_

Firma - (Signature)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Polo  
Liceale  
Gorizia**



**FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI**

**pon  
2014-2020**



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

**ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE "DANTE ALIGHIERI"**  
Viale XX Settembre, 11 - Segr. 0481/530062 - gois001006@istruzione.it  
GORIZIA

## DICHIARAZIONE PROBLEMATICHE INERENTI ALLA SALUTE

*DECLARATION OF HEALTH STATUS*

**Per STUDENTI MAGGIORENNI**

*for STUDENTS AGED 18 OR OVER*

**STAGE LINGUISTICI E VIAGGI D'ISTRUZIONE**

*MINI-STAY PROGRAMMES AND SCHOOL TRIPS*

Il/la sottoscritto/a – (I, the undersigned) \_\_\_\_\_

frequentante la classe – (attending the class) \_\_\_\_\_ sez. – (section) \_\_\_\_\_ dell'I.S.I.S. "Dante Alighieri":

Liceo Scientifico – Liceo Classico – Licei Slataper – (of I.S.I.S. "Dante Alighieri": Liceo Scientifico – Liceo Classico –

Licei Slataper High School), in relazione alla visita d'istruzione/soggiorno linguistico a- (with regard to the school trip/ mini-stay to) \_\_\_\_\_

che si terrà dal – (which will take place from) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al – (to) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dichiara che – (Declare that):

- è intollerante a – (I am intolerant to) \_\_\_\_\_
- è allergico/a a – (I am allergic to) \_\_\_\_\_

Indicazioni in merito a **PATOLOGIE** in atto – (Indications regarding current **PATHOLOGIES/CONDITIONS**):

- Già segnalate – (Already reported)      SÌ (YES)       NO

- Da segnalare – (To be reported here)      SÌ (YES)       NO

Il/La sottoscritto/a comunica, in aggiunta a quanto già trasmesso all'Ufficio di Dirigenza su indicazione e avvallo del medico curante, le seguenti valutazioni/indicazioni attinenti alle difficoltà legate allo stato di salute:

*(The undersigned communicates, in addition to whatever has already been sent to the School Principal's Office, on the instructions and endorsement of the attending physician, the following assessments / indications concerning health-related issues):*

\_\_\_\_\_

e le indicazioni per gli operatori addetti alla gestione dell'emergenza – (and the following guidelines for operators involved in emergency management):

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a comunica, inoltre, che – *(The undersigned also informs that he/she)*

Non necessita di medicinali – *(is not currently taking medications of any kind)*

Necessita di medicinali – *(is currently taking medications)*

e nello specifico comunica – *(specifically):*

- medicinale (nome commerciale del farmaco) - *(medication: trade name of the medicine)*

\_\_\_\_\_

- dosi di somministrazione – *(dosage)* \_\_\_\_\_

- modalità di somministrazione – *(how to administer)* \_\_\_\_\_

- modalità di conservazione – *(storage conditions)* \_\_\_\_\_

- durata della terapia – *(duration of therapy)* \_\_\_\_\_

- descrizione dell'evento clinico che richiede attenzione e/o somministrazione del farmaco –  
*(description of the clinical event that requires attention and/or administration of the medication)*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

- note di primo soccorso – *( notes for First Aid responders)*

\_\_\_\_\_

Si dichiara che il farmaco rientra nella categoria dei farmaci salvavita e pertanto la somministrazione è indispensabile e di assoluta necessità – *(I declare that the medication falls within the category of life-saving drugs and therefore administration is essential and absolutely necessary):*    SÌ (YES)                       NO

Si allega la certificazione medica (*qualora necessario*) - *(The medical certificate is attached, if necessary)*

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

Visto il medico curante – *(Seen by the attending physician)* \_\_\_\_\_

(timbro e firma) – *(stamp and signature)*

Data - *(Date)* \_\_\_\_\_

Firma - *(Signature)*

\_\_\_\_\_