

**3. Informazioni particolari**  
relative a

\_\_\_\_\_

**Gruppo**

\_\_\_\_\_

*(qualora ve ne siano, è necessario consegnare queste notizie in busta chiusa)*

Segnaliamo alla Parrocchia le seguenti informazioni particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie in corso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergie e intolleranze (anche agli alimenti)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa relativa alla tutela della riservatezza,  
in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative della parrocchia.**

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro figlio o nostra figlia.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma di un genitore \_\_\_\_\_