

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE  
PER ALTERNANZA SCUOLA LAVORO**

ANNO SCOLASTICO 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

**PROGETTO** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_;  
classe \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via/piazza \_\_\_\_\_, numero di telefonico \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

(Si prega di barrare la scelta corretta):

- che il/la proprio/a figlio/a gode di buona salute ed è in grado di svolgere le attività inerenti il progetto proposto.
- che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti problematiche (segnalare qualsiasi problema a livello fisico di natura cardiocircolatoria , scheletrica, patologie allergiche o d'altro tipo)

---

---

---

---

Dichiara che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l'Istituzione scolastica da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_