**DICHIARAZIONE REQUISITI SPECIALI DEL PARTECIPANTE**

Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’attività di stage formativo, dichiaro i seguenti requisiti relativi allo stato di salute e/o a particolari esigenze dietetiche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Particolari patologie  (Se si, specificare): | si | no |
| Necessità di assunzione di farmaci specifici  (Se si, specificare): | si | no |
| Particolari allergie/intolleranze  (Se si, specificare): | si | no |
| Regimi dietetici specifici o particolari preferenze alimentari:  (Se si, specificare): | si | no |
| Mobilità ridotta  (Se si, specificare la necessità di supporti specifici o particolari accorgimenti logistici): | si | no |
| Altre condizioni mediche che possano condizionare o precludere la partecipazione ad attività (incluse escursioni, attività sportive, attività ricreative) del programma  (Se si, specificare): | si | no |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

Data, Luogo

Firma

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

Il sottoscritto Firmatario **espressamente dichiara** che è consapevole che le informazioni comunicate nel presente modulo **verranno inoltrate a i partner di progetto come documento meramente informativo senza alcun obbligo per gli stessi**, pertanto il ISISS P.A. DE LUCA, non può essere responsabile di comportamenti e azioni in contrasto con i requisiti relativi allo stato di salute o esigenze dietetiche dichiarate.

Data, Luogo Firma

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