

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

**Cognome e nome** .....

**Data di nascita** .....

Segnaliamo al Responsabile della 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.

Brusaporto, (data) .....

Firma Padre \* \_\_\_\_\_

Il Parroco \_\_\_\_\_

Firma 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.

Brusaporto, (data) .....

Firma di un genitore

---