**Modulo sanitario**

Questo modulo sanitario è composto da due parti: ***Parte 1***: Parere medico sull'idoneità dello/la studente/studentessa alla partecipazione e ***Parte 2***: Modulo di informazione sanitaria. La Parte 1 sarà compilata e firmata dal medico, stampata e trasmessa alla scuola di provenienza per confermare la selezione dello/la studente/studentessa per la partecipazione al programma Mobilità Individuale di lungo termine degli studenti Erasmus+. La Parte 2 sarà compilata dal medico, firmata dai genitori/tutori e dallo/la studente/studentessa e inserita in una busta sigillata. L'alunno la porterà con sé e sarà aperta solo dal medico curante e in caso di necessità medica.

**Parte 1: Parere medico sulla partecipazione dell'alunno**

Questa parte del documento sarà stampata e trasmessa alla scuola di provenienza per confermare la selezione dello/la studente/studentessa per la partecipazione al programma Erasmus+ Mobilità studentesca individuale a lungo termine.

Il sottoscritto certifica che lo/la studente/studentessa è stato sottoposto a un esame fisico approfondito e che tutte le informazioni mediche pertinenti sono state incluse nel modulo sanitario e che lo/la studente/studentessa è in grado di viaggiare. Sono consapevole che l'omissione di qualsiasi informazione potrebbe essere dannosa per la salute dello/la studente/studentessa e potrebbe comportare l'interruzione anticipata del programma.

Ritengo che, alla luce dell'anamnesi medica e/o psicologica dello/la studente/studentessa, quest'ultimo **sia/non sia** (cancellare l'opzione non pertinente) in grado di partecipare alla Mobilità studentesca individuale a lungo termine Erasmus+.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DEL MEDICO** | TIMBRO E FIRMA |
|  |  |
| **Dati di contatto (indirizzo, telefono, e-mail)** | Data |
|  |  |