AZIONE CATTOLICA DIOCESANA
SIENA - COLLE VAL D'ELSA - MONTALCINO

SCHEDA SANITARIA

COGNOME: **NOME:**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____-
esercente la potestà nei confronti del/la minore:

Cognome_____ Nome_____

nato a_____ il_____

ne **DICHIARA** le seguenti notizie sanitarie al fine della partecipazione al Campo :

CODICE FISCALE: _____

Tessera Sanitaria n° _____**scad.** _____

(informazioni reperibili in basso sul retro della tessera sanitaria)

Il minore è stato sottoposto alle **vaccinazioni obbligatorio per legge: SI** ☐

Allergie: _____

Patologie gravi o malattie croniche o ricorrenti: _____

Dieta speciale (alimenti che non possono essere assunti):_____

_____

Terapie in corso, che saranno praticate anche durante il campo (specificare farmaci e posologia):_____

_____

Richiedo anche la supervisione di un educatore per l'assunzione delle terapie farmacologiche riportate sopra ?: **SI** ☐ **NO** ☐

Se ci sono condizioni e situazioni particolari del/la minore (di natura medica, relazionale, comportamentale) che necessitino di una specifica assistenza, si prega in tal caso di contattare quanto prima il responsabile del Campo.

data _____ firma _____

L'esercente la podestà

Informativa Legge della Privacy

e consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

I dati forniti saranno trattati in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche e al Regolamento UE 2016/679. Il titolare dei dati forniti è il Presidente Diocesano dell'AC di Siena - Colle Val d'Elsa - Montalcino con sede in Siena, Piazza dell'Abbadia n.6. I dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e distrutti una volta conclusosi.

data _____ *firma* _____