

**SCHEDA SANITARIA
PER ACCOMPAGNATORI
E/O VOLONTARI
DI SOGGIORNI
DI VACANZA
PER MINORI**

**Le informazioni contenute nella presente scheda
saranno trattate in conformità a quanto previsto
dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy**

Regione _____

Azienda USL _____

Distretto _____

Cognome

Nome

nato a: _____

il ____ / ____ / _____

residente a: _____

via: _____

Tel: _____

Segue allegato B

Si attesta

Che il/la Sig./a _____

non presenta sintomi o segni riferibili a malattie
trasmissibili in atto.

Dagli elementi anamnestici non risulta abbia avuto
contatti recenti con persone affette da malattie
trasmissibili in fase di contagiosità, tali da
controindicare l'ammissione alla collettività.

Luogo _____

Data di compilazione ____ / ____ / _____

Medico compilatore

Qualifica:

Medico di medicina generale

Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Il sottoscritto dichiara di aver riferito fedelmente le
informazioni relative al proprio stato di salute e ad
eventuali contatti recenti con persone affette da
malattie trasmissibili in atto.

FIRMA LEGGIBILE