**“CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI”**

**(INDISPENSABILE ALLA PARTECIPAZIONE AI CAMPISCUOLA)**

Autorizzo il trattamento dei dati particolari, ( relativi all'origine razziale od etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, relativi alla salute o alla vita sessuale) di seguito riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (“GDPR”) e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l’informativa generale fornitami da Azione Cattolica Diocesi di Firenze, e sono a conoscenza che tali dati sono custoditi in modo da non essere accessibili alle persone non autorizzate al trattamento dei dati stessi (riposti presso la sede dell’Associazione in apposito contenitore chiuso ) e conservati per il tempo strettamente necessario in forma identificativa e successivamente anonimizzati.

**DICHIARO**

che i dati sanitari sotto dichiarati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con la normale vita di camposcuola. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi all’Associazione.

**SCHEDA SANITARIA per MINORI**

**Cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) **il** / /

**Codice fiscale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nr. Tessera sanitaria**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reperibilità durante il** **campo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome genitore) (recapito telefonico)

**Malattie pregresse**: morbillo 🞎 parotite 🞎 pertosse 🞎 rosolia 🞎 varicella 🞎 scarlattina 🞎

altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vaccinazioni eseguite** (La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del libretto

di vaccinazione):

**1adose 2adose 3adose richiami**

**IPV** = vaccino antipolio inattivato  / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**Ep B** = vaccino contro il virus dell’epatite B / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**Hib** = vaccino contro le infezioni invasive / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

da Haemophilus influenzae tipo b

**DTPa** = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**MPRV** = vaccino tetravalente per morbillo, parotite, / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

rosolia e varicella

**MPR** = vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**V** = vaccino contro la varicella / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**PCV** = vaccino pneumococcico coniugato / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**PPSV** = vaccino pneumococcico polisaccaridico / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**MenC** = vaccino contro il meningococco C coniugato / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**MenB** = vaccino contro il meningococco B  / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**Rotavirus** = vaccino contro i rotavirus / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_ / /\_\_\_

**Allergie:**

**alimenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**farmaci \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**pollini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**polvere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**acari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**punture insetti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Terapie in corso** (specificare nome del farmaco, la posologia, gli orari e l’indicazione dell’autonomia del bambino nella somministrazione, allegando prescrizione medica):

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

**Ulteriori note sanitarie di rilievo** (apparecchi protesici, altri ausili, altro):

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

**Dieta speciale** (specificare alimenti vietati):

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

**data** **Firma**

(dell'avente diritto o degli esercenti la potestà genitoriale)

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

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

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