



**“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.

SCHEMA 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):

	1 ^a dose	2 ^a dose	3 ^a dose	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 _____
puncture 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)
