



**“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 <sup>a</sup> dose	2 <sup>a</sup> dose	3 <sup>a</sup> dose	richiami
<b>IPV</b> = vaccino antipolio inattivato	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>Ep B</b> = vaccino contro il virus dell’epatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>Hib</b> = vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae tipo b	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>DTPa</b> = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>MPRV</b> = vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>MPR</b> = vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>V</b> = vaccino contro la varicella	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>PCV</b> = vaccino pneumococcico coniugato	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>PPSV</b> = vaccino pneumococcico polisaccaridico	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>MenC</b> = vaccino contro il meningococco C coniugato	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>MenB</b> = vaccino contro il meningococco B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>Rotavirus</b> = 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)

---

---

---