

Scheda dati sanitari

(da consegnare ai referenti di Sardegna Ricerche il primo giorno del CAMPUS)

Il/la sottoscritt _____

Nato/a _____ (prov. _____) il ____/____/____, CF _____

Residente a _____ Prov. (____)

Email _____ tel _____

In qualità di

- STUDENTESSA PARTECIPANTE AL CAMPUS che si terrà dal 23/06/2024 al 29/06/2024 negli spazi di Sardegna Ricerche, località Piscinamanna (Pula)
- GENITORE/TUTORE _____

della studentessa _____ Nata a _____ Prov. (____)

il ____/____/____ CF _____, Residente a _____ Prov. (____)

COMUNICA LE SEGUENTI INFORMAZIONI:

La studentessa _____

Assume i seguenti farmaci _____ con le seguenti modalità:

E necessita di:

È intollerante/allergica ai seguenti farmaci:

È affetta da disabilità (indicare solo deficit motori o disabilità che possano avere un impatto sulla fruizione delle attività corsuali e ricreative):

AI FINI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI E DELLA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ IN AMBIENTI ESTERNI (DEL PARCO) dichiara di essere affetta dalle seguenti intolleranze/allergie:

Dichiaro di aver letto:

- L'informativa sul trattamento dei dati personali secondo il Codice privacy (ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 coordinato ed aggiornato, da ultimo, con le modifiche apportate dalla L. n. 205/2021)
- L'informativa sul trattamento dei dati sanitari

Data _____

Firma della studentessa

Firma del genitore/tutore (solo minorenni)

