

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

- STUDENTE PARTECIPANTE AL CAMPUS che si terrà dal 01/09/2024 al 07/09/2024 negli spazi di Sardegna Ricerche, località Piscinamanna (Pula)
- GENITORE/TUTORE _____

dello studente _____ Nato a _____ Prov (____)

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

COMUNICA LE SEGUENTI INFORMAZIONI:

Lo studente _____

Assume i seguenti farmaci _____ con le seguenti modalità:

E necessita di:

È intollerante/allergico ai seguenti farmaci:

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

AI FINI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI E DELLA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ IN AMBIENTI ESTERNI (DEL PARCO) dichiara di essere affetto 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 dello studente

Firma del genitore/tutore (solo minorenni)

