

Scheda dati sanitari

Il/la sottoscritt _____

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

Residente a _____ Prov (___)

Email _____ tel _____

In qualità di partecipante al CAMPUS

COMUNICA LE SEGUENTI INFORMAZIONI:

Assume i seguenti farmaci

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

