



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI – SOCIO MINORENNE

(indispensabile per la partecipazione alle attività associative)

sottoscrivo/sottoscriviamo tale consenso in qualità di *(compilare i soli campi relativi all'opzione scelta)*:

genitore 1 e genitore 2 (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritto/a _____

sexso M/F, nato/a a _____

() il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____

n. _____

a _____

CAP _____

() _____

e-mail _____

cell. _____

Il/la sottoscritto/a _____

sexso M/F, nato/a a _____

() il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____

n. _____

a _____

CAP _____

() _____

e-mail _____

cell. _____

unico genitore o tutore (esercente la responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritto/a _____

sexso M/F, nato/a a _____

() il _____

codice fiscale _____

residente in Via/Viale/Piazza/Strada _____

n. _____

a _____

CAP _____

() _____

e-mail _____

cell. _____

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

il trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati appartenenti alle categorie particolari censite all'art.9 del Regolamento Europeo 679/2016 (quali, ad esempio, i dati sanitari), di seguito riportati, ai sensi del Regolamento stesso e del decreto attuativo 10/08/2018, n. 101, in accordo con l'informativa fornitami dalla rete associativa nazionale "Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani (AGESCI) APS"





DICHIARA/DICHIARANO

che i dati sanitari sottoindicati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con le attività associative, di cui all'art. 2 dello Statuto dell'AGESCI. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi alla Comunità capi del Gruppo per il quale è stata richiesta l'ammissione in qualità di socio.

SCHEDA SANITARIA

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ () il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____ Nr. Tessera sanitaria _____

Reperibilità per emergenze _____

(cognome e nome)

(recapito telefonico)

vaccinazione antitetanica **SI** **NO**

Effettive allergie e/o intolleranze a cibi, medicinali o altro (indicare il grado di reazione):

In caso di profilassi 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: _____

Data _____ Luogo _____

In fede

(firma) _____ (_____)
(ruolo)

(firma) _____ (_____)
(ruolo)

Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54), indicando altresì eventuali regole che devono essere conosciute dai soci adulti in relazione al rapporto con il minore, da considerarsi valide fino a nuove indicazioni scritte.

