**“CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI”**

**(INDISPENSABILE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ SCOUT)**

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, 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 fornitami da AGESCI e

**DICHIARO**

che i dati sanitari sotto indicati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con l’attività scout. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi al capo unità.

**SCHEDA SANITARIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nato/a | ( ) | il | / / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Codice fiscale |  | Nr. Tessera sanitaria |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reperibilità per emergenze |  |  |
|  | *(nome genitore)* | *(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* | **Firma** (dell'avente diritto o degli esercenti la potestà genitoriale) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
|  | |  |