

SCHEMA MEDICA – VDB 2014

Nome
Cognome
Nome, Cognome del medico curante
N° telefono del medico curante
Quali malattie infettive ha avuto ?
Ha subito interventi chirurgici e/o fratture (indicare quali e quando)?
E' portatore di patologie croniche (indicare quali) ?
Fa uso di farmaci (quali e dosaggio) ?
Occasionalmente, per forme influenzali, che farmaci usa ?
E` allergico a cibi medicinali o altro ?
Segue particolari diete o altro ?
Data dell'ultima vaccinazione o richiamo antitetanica:
Eventuali altre notizie utili riguardanti il bambino/a:
Recapito telefonico dei genitori durante il campo:

Nota informativa per la legge sulla privacy (D.Lgs. 196/2003)

Caro genitore,

desideriamo informarla che la legge sulla privacy prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali. Secondo la legge indicata, non possiamo accettare i dati da Lei indicati nel questionario precedente se non con il suo consenso scritto. La preghiamo di compilare e firmare la formula di consenso seguente:

*Il sottoscritto (**nome cognome genitore**) _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 13 della legge citata.*

Rovereto, 24 giugno 2014

FIRMA: _____