



Gruppo CANALE 1  
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani  
Via Sindaco Gravier n° 13  
CAP 12043 città Canale

**"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 fornитами 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 del SOCIO (ragazzo/a)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il / /

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nr. Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Reperibilità per emergenze \_\_\_\_\_  
(nome genitore) \_\_\_\_\_ ( recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere coperto da vaccinazione:

Antitetanica	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
Difterite – Pertosse	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
Epatite B	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
Morbillo – Parotite – Rosolia	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>

Altro: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_





**Gruppo CANALE 1**  
**Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani**  
Via Sindaco Gravier n° 13  
CAP 12043 città Canale

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza medica.

Allegare:

- In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria;
- Farmaci necessari per le terapie già instaurate da assumere durante i campi in un contenitore contrassegnato con nome e cognome del ragazzo (consegnarli ai Capi)

*data*

**Firma** (dell'avente diritto o degli esercenti la potestà genitoriale)



WAGGGS / WOSM Member