



Associazione Civica Montimar

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE

- CENTRO ESTIVO INFANZIA 3-6 ANNI – 2021
- CENTRO ESTIVO 6-10 ANNI – 2021

COMUNE DI _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME														
NOME														
INDIRIZZO						COMUNE								
LUOGO NASCITA						DATA NASCITA								
TELEFONO						CELLULARE								
C.F.														

GENITORE* DEL MINORE:

COGNOME														
NOME														
INDIRIZZO						COMUNE								
LUOGO NASCITA						DATA NASCITA								
C.F.														

DICHIARA

previamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

*Genitore ovvero esercente la potestà genitoriale.

1. di aver contattato il/la pediatra di riferimento e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per la frequenza al centro diurno così come stabilito dall'Allegato 8 del decreto del Consiglio dei Ministri dell'11/06/2020;
2. CHE IN CASO DI NECESSITÀ IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI È IL SEGUENTE:



Associazione Civica Montimar

COGNOME			
NOME			
GRADO DI PARENTELA			
INDIRIZZO		COMUNE	
TELEFONO		CELLULARE	

3. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE È:

COGNOME			
NOME			
TELEFONO			

4. CHE IL MINORE

- NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici, NON è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc...), NON è affetto da intolleranze o allergie;**
- ha sofferto di patologie gravi in passato, o ha subito interventi chirurgici, o è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc...), o è affetto da intolleranze o allergie, **come risultante da certificato medico allegato.**

Data _____

Firma _____

	Privacy
Finalità	I dati dichiarati saranno utilizzati dall'associazione esclusivamente per il centro estivo, definizione ed archiviazione della domanda formulata e per le finalità strettamente connesse
Modalità	Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione dell'Associazione
Ambito comunicazione	I dati verranno utilizzati dall'Associazione e in parte comunicati ai gestori dei servizi ed alle compagnie assicuratrici.
Diritti	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D.Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi all'indirizzo mail info@montimar.it

Data _____

Firma _____