**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI – SOCIO MAGGIORENNE**

(indispensabile per la partecipazione alle attività associative)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a | | | |  | | | | | | | | | | | |
| sesso M/F, nato/a a | | | | |  | | | | ( ) | | | il | |  | |
| codice fiscale | | |  | | | | | | | | | | | | |
| residente in Via/Viale/Piazza/Strada | | | | | |  | | | | | | | n. | |  |
| a |  | | | | | | CAP | | |  | | | | ( ) | |
| e-mail | |  | | | | | | cell. | | |  | | | | |

**AUTORIZZA**

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” e

**DICHIARA**

che i dati sanitari sotto indicati 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 ho richiesto 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 nella somministrazione, allegando prescrizione medica:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ulteriori note sanitarie di rilievo: |  |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data |  | Luogo |  |

In fede

|  |
| --- |
|  |

*(firma)*