



AGESCI Gruppo Saluzzo1

Codice fiscale: 94031390043

Piazza Montebello1 - 12037 SALUZZO (CN)

cell. +39 3290524011 Saluzzo1@piemonte.agesci.it –

Saluzzo1@pec.agesci.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI – SOCIO MINORENNE

(indispensabile per la partecipazione alle attività associative)

sottoscrivo/sottoscriviamo tale consenso in qualità di (*compilare i soli campi relativi all'opzione scelta*):

Esercenti la responsabilità genitoriale (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

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.

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.

unico genitore o tutore (esercente la responsabilità genitoriale)

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/AUTORIZZANO

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 fornитами dalla rete associativa nazionale "Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani (AGESCI) APS"





AGESCI Gruppo Saluzzo 1
Codice fiscale: 94031390043
Piazza Montebello 1 - 12037 SALUZZO (CN)
cell. +39 3290524011 Saluzzo1@piemonte.agesci.it –
Saluzzo1@pec.agesci.it

DICHIARA/DICHIARANO

che i dati sanitari sottoindicati 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 è stata richiesta 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 del bambino nella somministrazione, allegando prescrizione medica:

Ulteriori note sanitarie di rilievo:

Data _____ Luogo _____

In fede

(firma) _____ () _____ (ruolo)

(firma) _____ () _____ (ruolo)

Compilare e firmare dagli esercenti la responsabilità genitoriale indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C., modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54), indicando altresì eventuali regole che devono essere conosciute dai soci adulti in relazione al rapporto con il minore, da considerarsi valide fino a nuove indicazioni scritte.

