



SALUZZO 1

Gruppo Saluzzo 1  
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani  
Via Donaudi 36 - 12037 SALUZZO (CN)  
[www.saluzzouno.it](http://www.saluzzouno.it)  
[info@saluzzouno.it](mailto:info@saluzzouno.it)

## 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 fornитами 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:

---

---



WAGGGS / WOSM Member



**Gruppo Saluzzo 1**  
**Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani**  
Via Donaudi 36 - 12037 SALUZZO (CN)  
[www.saluzzouno.it](http://www.saluzzouno.it)  
info@saluzzouno.it

Ulteriori note sanitarie di rilievo:

---

---

Data		Luogo	
------	--	-------	--

In fede

*(firma)*



WAGGGS / WOSM Member