



## SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE

il/la sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

genitore ovvero esercente la potestà genitoriale del minore:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

## 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

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 al paragrafo 3.1 dell'Allegato 8 del DPCM del 17/05/2020;

2. CHE IN CASO DI NECESSITÀ IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI È IL SEGUENTE:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI  
AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA



3. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE È:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 D.lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR, apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto liberamente il mio consenso al trattamento dei dati personali, relativi al sottoscritto/a, al mio bambino/i alla mia famiglia e da parte della cooperativa sociale "Famm Fumm e Fastidi" nell'ambito della gestione del servizio richiestovi e nei limiti in cui il mio consenso sia richiesto ai fini di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso alla comunicazione, acquisizione e diffusione dei dati a terzi e a vostri dipendenti e collaboratori nell'ambito delle proprie funzioni.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



POLO 0-6



CENTRO ESTIVO



CENTRO DI AGGREGAZIONE



DOPO SCUOLA