SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE

 CENTRO ESTIVO INFANZIA 3-6 ANNI – 2020

 CENTRO ESTIVO 6-12 ANNI – 2020

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 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 |  |
| TELEFONO |  | CELLULARE |  |

1. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE È:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| TELEFONO |  |

1. 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Titolare | unione dei comuni “le terre della marca senone” |
| Responsabile  | Responsabile - Campolucci Giuseppina – info@leterredellamarcasenone.it |
| Incaricati | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, per esigenze organizzative, all’Ufficio dell’Unione dei Comuni |
| Finalità | I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria, definizione ed archiviazione dell’istanza formulata e per le finalità strettamente connesse (Legge n. 431/1998; art. 68 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 inerente il trattamento di dati sensibili da parte di PP.AA. ai fini della erogazione di benefici economici ed abilitazioni) |
| Modalità | Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici |
| Ambito comunicazione | I dati verranno utilizzati dall’Ufficio dell’Unione dei e in parte comunicati ai gestori dei servizi ed alle compagnie assicuratrici. |
| Obbligatorietà | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento  |
| 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 specificato |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_