

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.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENITORE* DEL MINORE:

COGNOME			
NOME			
INDIRIZZO		COMUNE	
LUOGO NASCITA		DATA NASCITA	
C.F.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	

3. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE È:

COGNOME	
NOME	
TELEFONO	

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

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
