

DICHIARAZIONE SCHEDA SANITARIA

Io sottoscritto:

Nome e cognome _____
nato/a il _____ nato/a a _____
residente /domiciliato/a in _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

DICHIARO:

- Sono consapevole che le attività scout proposte e le cure mediche che mi saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni comunicate in sede di iscrizione al campo.
- Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout, in forma scritta e firmata, ogni variazione, in merito alle mie condizioni di salute intervenute posteriormente alla data di compilazione della richiesta di partecipazione.
- Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi utilizzeranno i recapiti indicati in fase di richiesta di partecipazione al campo; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo il Capo Gruppo ed il Capo Unità a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la mia salute, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.
- *Le notizie comunicate in fase di iscrizione al campo saranno messe a disposizione dei Capi e del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo.*

Treviso, 17 giugno 2022

Firma del maggiorenne:
