



**“CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI”
(INDISPENSABILE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' SCOUT)**

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, di seguito riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (“GDPR”) e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l’informativa fornitami da AGESCI e

DICHIARO

che i dati sanitari sotto indicati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con l’attività scout. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi al capo unità.

SCHEDA SANITARIA

Cognome _____ Nome _____

Gruppo sanguigno _____

nato/a _____ () il ____/____/____/

Codice fiscale _____ Nr. Tessera sanitaria _____

Reperibilità per emergenze _____
(nome genitore / tutore) *(recapito telefonico)*

Ad es. morbillo, parotite, rosolia, varicella, scarlattina, pertosse, altro...

Patologie pregresse

**Patologie in atto e
terapie in corso**

Allergie

**Dieta particolare
(specificare alimenti
vietati)**





Notizie utili per il personale sanitario e attenzioni particolari

Apparecchi protesici e/o altri ausili

ALTRE INDICAZIONI

Data della vaccinazione contro il TETANO		
Data dell'ultimo richiamo dell'antitetanica		
Il figlio/a è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)?	SI	NO
Il figlio/ ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche? (se "si" indicare le circostanze ed il farmaco)	SI	NO

Nostro figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci, dei quali è personalmente dotato:

	Tipo di farmaci	Posologia	Modalità di assunzione
Febbre:			
Piccole ustioni:			
Punture insetti:			
Contusioni, distorsioni:			
Altro:			

- Allegare la fotocopia del certificato medico valido per attività sportiva ludico-motoria o certificato per attività sportiva non agonistica (già certificato di sana e robusta costituzione).
- Allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)
- In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- In caso di profilassi in corso, specificare nome del farmaco, la posologia, gli orari e l'indicazione dell'autonomia del bambino nella somministrazione, allegando prescrizione medica, (in questo caso compilare la scheda "Richiesta somministrazione farmaci al Capo Unità" riportata nelle pagine seguenti).





Io sottoscritto padre _____, lo sottoscritta madre _____
genitori di _____
(oppure se maggiorenne) Il sottoscritto _____

DICHIARIAMO/DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di nostr_ figli_ /del sottoscritto.
2. Siamo/sono consapevoli/e che le attività scout proposte a nostr_ figli_ /al sottoscritto e le cure mediche che le/gli/mi saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Siamo/sono consapevoli/e che è nostro/mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout Roma 99, in forma scritta e firmata, ogni variazione, in merito alle condizioni di salute di nostr_ figli_ / del sottoscritto intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
- 4.(*). Siamo consapevoli che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenderanno sempre di informarci e chiedere il nostro consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella PRESENTE scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizziamo tutti i capi del Gruppo Scout Roma 99 a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di nostr_ figli_, ivi compreso, chiedendo il nostro consenso, il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.
5. Le notizie sopra riportate 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.

() il punto n.4 riguarda solo i minorenni*

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

(oppure se maggiorenne) firma dell'interessato _____

Data





RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI AL CAPO UNITÀ
(da compilare solo in caso di necessità)

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori - genitori affidatari- tutori legali

di _____ frequentante l'Unità _____ del Gruppo scout Roma 99

constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci durante le attività scout

nel periodo dal ____/____/____/ al ____/____/____/

come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ____/____/____/

dal Dott. _____

consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le funzioni previste

CHIEDONO

(barrare la voce che interessa)

di individuare, tra i **capi** componenti lo staff di unità, gli incaricati ad effettuare la prestazione di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

A. La vigilanza dei capi dell'unità (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

B. L'affiancamento dei capi dell'unità (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano i seguenti medicinali in confezioni integre e in un contenitore idoneo.

Farmaco	Lotto	Scadenza

Si allega prescrizione medica.

In fede,

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Data _____

Note: La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia.

