

SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE DI SALUTE

Prima di procedere alla compilazione della scheda ti invitiamo a prendere visione della informativa sul trattamento dei dati personali esercitato da Libera e da E!State Liberi!

Località campo scelto: _____

Periodo campo scelto: _____

Nome e Cognome del partecipante: _____

Hai bisogno di una dieta particolare? Se sì specifica

Ci sono cibi che non puoi mangiare? Se sì specifica.

Allergie:

Cibo Sì No Se sì specifica:

Punture di insetto Sì No Se sì specifica:

Medicinali Sì No Se sì specifica:

Altro Sì No Se sì specifica:

Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico? Sì No Se sì specifica il contenuto:

Che medicinali dovrebbero esserti somministrati in caso di reazione allergica?

Segui una cura medica? Specifica il tipo di farmaco che assumi e con che frequenza. *(Ricorda di portare le dosi necessarie per tutta la durata del campo)*

Hai bisogni specifici o necessiti di un supporto specifico? Sì No

Se sì specifica:

Hai problemi medico/sanitari ricorrenti o condizioni di salute croniche?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Disordini alimentari | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Emicrania |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Disordini ormonali | <input type="checkbox"/> Disturbi psicotici | <input type="checkbox"/> Limitazioni alla mobilità |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Disabilità nell'apprendimento | <input type="checkbox"/> Problemi motori |
| <input type="checkbox"/> Malattie autoimmunitarie | <input type="checkbox"/> Problemi legati alla tiroide | <input type="checkbox"/> Disturbi mentali | <input type="checkbox"/> Problemi neurologici |
| <input type="checkbox"/> Problemi cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Attacchi di panico | <input type="checkbox"/> Disturbi epilettici | <input type="checkbox"/> Problemi gastrointestinali |
| <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Problemi di udito |

Soffri o hai sofferto dipendenze da alcol o droga? Se si specifica.
--

Dichiaro che tutte le informazioni rilasciate sono vere, accurate e complete, e comunicherò ai referenti del campo ogni cambiamento rilevante rispetto a quanto dichiarato. Sono cosciente che l'incompletezza o la falsità delle informazioni dichiarate, potrebbe intaccare l'esperienza sul campo ed in alcuni casi determinare l'interruzione forzata della stessa.

Art. 13 GDPR 2016/679. Il sottoscritto, avendo preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali all'atto della sua iscrizione, presta il consenso al trattamento dei dati particolari riportati nella presente scheda e che gli stessi vengano comunicati dai referenti del campo, in caso di necessità, al personale medico sanitario preposto ad intervenire.

Firma del partecipante se maggiorenne o del genitore/tutore legale in caso di non compimento della maggiore età alla data di inizio del campo.

Nome e cognome del firmatario

Luogo e data

Firma