

SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE DI SALUTE

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

Nome e Cognome del partecipante:

Località campo scelto:

Periodo campo scelto:

Hai bisogno di una dieta particolare? Se sì specifica.	
Ci sono cibi che non puoi mangiare? Se sì specifica.	

Allergie:

Cibo	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì specifica:
Punture di insetto	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì specifica:
Medicinali	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì specifica:
Altro	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì specifica:
Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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 di dipendenze da alcol o droghe? Se sì, 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