



UBUNTU ROMA 170

**AGESCI Gruppo Roma 170**

Codice fiscale 97793900586  
Via del Torraccio 270 – 00133 Roma (Roma)  
tel. +39 06 2056534  
roma170@lazio.agesci.it - roma170@pec.agesci.it  
gruppi.agesci.it/roma170

## "CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI – SOCIO MINORENNE" (INDISPENSABILE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' SCOUT)

Sottoscrivo/sottoscriviamo tale consenso in qualità di *(compilare i soli campi relativi all'opzione scelta)*:

**genitore 1 e genitore 2** (entrambi esercenti la responsabilità genitoriale)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

sesto  M  F nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via/Viale/Piazza/Strada \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

sesto  M  F nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via/Viale/Piazza/Strada \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**unico genitore o tutore** (esercente la responsabilità genitoriale)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

sesto  M  F nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via/Viale/Piazza/Strada \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



Iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore – repertorio n. 97072 del 25/01/2023  
AGESCI is a WAGGGS / WOSM Member



UBUNTU ROMA 170

**AGESCI Gruppo Roma 170**

Codice fiscale 97793900586  
Via del Torraccio 270 – 00133 Roma (Roma)  
tel. +39 06 2056534  
roma170@lazio.agesci.it - roma170@pec.agesci.it  
gruppi.agesci.it/roma170



a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

il trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati appartenenti alle categorie particolari censite all'art.9 del Regolamento Europeo 679/2016 (quali, ad esempio, i dati sanitari), di seguito riportati, ai sensi del Regolamento stesso e del decreto attuativo 10/08/2018, n. 101, in accordo con l'informativa fornitami dalla rete associativa nazionale "Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani (AGESCI) APS"

**DICHIARA/DICHIARANO**

che i dati sanitari sottoindicati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con le attività associative, di cui all'art. 2 dello Statuto dell'AGESCI. **In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi alla Comunità capi del Gruppo per il quale è stata richiesta l'ammissione in qualità di socio.**

**SCHEDA SANITARIA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nr. Tessera sanitaria<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Contatto \_\_\_\_\_

Reperibilità per emergenze \_\_\_\_\_  
(nome e cognome genitore) (recapito telefonico)

vaccinazione antitetanica<sup>2</sup> **SI**  **NO**

effettive allergie e/o intolleranze a cibi (indicare il grado di reazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Specificare nome del farmaco – da utilizzare in caso di bisogno – la posologia, gli orari e l'indicazione dell'autonomia del/la ragazzo/a nella somministrazione, allegando la prescrizione medica:

<sup>1</sup> Consegnare anche la fotocopia fronte/retro  
<sup>2</sup> Consegnare il certificato delle vaccinazioni aggiornato





UBUNTU ROMA 170

**AGESCI Gruppo Roma 170**

Codice fiscale 97793900586  
Via del Torraccio 270 – 00133 Roma (Roma)  
tel. +39 06 2056534  
roma170@lazio.agesci.it - roma170@pec.agesci.it  
gruppi.agesci.it/roma170

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

effettive allergie a medicinali (indicare il grado di reazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

effettive allergie e/o intolleranze ad altro (indicare il grado di reazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Specificare nome del farmaco – da utilizzare in caso di bisogno – la posologia, gli orari e l’indicazione dell’autonomia del/la ragazzo/a nella somministrazione, allegando la prescrizione medica:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patologie fisiche (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Disturbi cognitivi (attenzione, linguaggio, comportamento, apprendimento, altro) specificare  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ulteriori note sanitarie di rilievo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*data*  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma** (del ragazzo/a maggiorenne o degli esercenti la potestà genitoriale)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visto e confermato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Visto e confermato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





UBUNTU ROMA 170

**AGESCI Gruppo Roma 170**

Codice fiscale 97793900586  
Via del Torraccio 270 – 00133 Roma (Roma)  
tel. +39 06 2056534  
*roma170@lazio.agesci.it - roma170@pec.agesci.it*  
*gruppi.agesci.it/roma170*

Visto e confermato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Visto e confermato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Visto e confermato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

