



ALLEGATO B

SCHEDA SANITARIA, MODULO INTOLLERANZE ALIMENTARI, ALLERGIE E MEDICINALI

Autocertificazione: condizioni di salute del bambino devono essere considerate con l'aiuto del pediatra di libera scelta, anche per l'eventuale segnalazione della necessità di applicare misure protettive aggiuntive individualizzate

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/Tutore del minore:

(Cognome e nome) _____ C.F. _____

DICHIARA

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
 che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e): _____

che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali (sotto il controllo di un responsabile e secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata: in questo caso allegare prescrizione medica con indicazioni terapeutiche):

Farmaco _____ posologia _____

Farmaco _____ posologia _____

FARMACI ABITUALI IN USO: _____

Misure protettive necessarie: _____

NOTE:

Privacy

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016 (Regolamento Europeo della Privacy e Gestione dei Dati Personali) e successive modifiche. Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale, anche medico e paramedico a cui verranno eventualmente trasmessi, nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

Data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

Il presente modulo ha validità nei centri di Gallarate, Cavarina con Premezzo e Jerago con Orago, organizzati dalle seguenti società:



Bellissima Terra Coop. Soc. a r.l.

C.f., p.i., R.I. 04269370237 – R.E.A. VR 406533 – VA 350438S – Ph: +39 346 4928494 – mail: coop@bellissimaterravarese.com

S. O.: 37131 VERONA Via Carlo Cinolla. 14 - 21048 SOLBIATE A. (VA) Via Colombera. 29 - S.L.: 37059 Zevio (VR) Corso Cavour. 76