

**Unità Pastorale delle Parrocchie di Pordenone Centro  
Beato Odorico, San Francesco, San Giorgio, San Marco**

**MODULO SANITARIO  
DA CONSEGNARE IL GIORNO DELL'ARRIVO**

**Dati del partecipante:**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Segnalazione particolari:**

1. Patologie che necessitano di particolari cure e attenzioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Patologie di particolare alimentazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. È stato/a interessato/a da malattie infettive nell'ultimo mese? Se sì, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Soffre di allergie a:

- Farmaci
- Alimenti
- Sostanze
- Altro

*Quali? (per le sostanze specificare dove sono contenute)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. È stato/a in contatto nell'ultimo mese con persone portatrici di malattie infettive?  
Se sì di quali malattie erano affette? \_\_\_\_\_

---

6. Altre informazioni utili da sapere per il bene del partecipante \_\_\_\_\_

---

*I dati sopra raccolti verranno tutelati nel rispetto di quanto previsto dalla legge n.196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) e saranno solo utilizzati per il regolare svolgimento del campo scuola.*

*Il genitore che sottoscrive la presente autocertificazione dichiara di aver attestato il vero e di sollevare la direzione del campo stesso da problemi sorti a causa di forza maggiore, inesattezze o omissioni in essa contenute.*

*Il genitore è altresì a conoscenza che al proprio/a figlio/a iscritto e partecipante al campo non sarà somministrato alcun farmaco se non espressamente indicato nel presente modulo, e che in caso di necessità sarà sempre prima contattata la famiglia.*

*In caso di urgenza, valutata dagli adulti presenti, e in caso d'irreperibilità delle persone indicate nei moduli d'iscrizione, si procederà attraverso la guardia medica o direttamente il 112.*

*L'eventuale assunzione di farmaci durante il periodo del campo deve essere sempre concordata con don Gianfranco, con don Boris o con il sacerdote accompagnatore, sia che avvenga in autonomia, sia che necessiti dell'aiuto vigile dell'adulto.*

*Si chiede all'organizzazione del campo di somministrare il \_\_\_\_\_*

*Si autorizza il/la proprio/a figlio/a ad assumere liberamente e in forma autonoma (nome farmaco) \_\_\_\_\_*

*ogni (indicare tempi) \_\_\_\_\_*

*qualora ci fossero le seguenti condizioni \_\_\_\_\_*

---

**Con la presente si dichiara di essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma della madre*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre*