

# Scheda dati sanitari

(da consegnare ai referenti di Sardegna Ricerche il primo giorno del CAMPUS)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

In qualità di

- STUDENTE PARTECIPANTE AL CAMPUS che si terrà dal 08/09/2025 al 12/09/2025 negli spazi di Sardegna Ricerche, località Piscinamanna (Pula)
- GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

dello studente \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

COMUNICA LE SEGUENTI INFORMAZIONI:

Lo studente \_\_\_\_\_

Assume i seguenti farmaci \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità:

E necessita di:

È intollerante/allergico ai seguenti farmaci:

È affetto da disabilità (indicare solo deficit motori o disabilità che possano avere un impatto sulla fruizione delle attività corsuali e ricreative):

AI FINI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI E DELLA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ IN AMBIENTI ESTERNI (DEL PARCO) dichiara di essere affetto dalle seguenti intolleranze/allergie:

Dichiaro di aver letto:

- L'informativa sul trattamento dei dati personali secondo il Codice privacy (ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 coordinato ed aggiornato, da ultimo, con le modifiche apportate dalla L. n. 205/2021)
- L'informativa sul trattamento dei dati sanitari

Data \_\_\_\_\_

Firma dello studente

Firma del genitore/tutore (solo minorenni)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_