

SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE DI SALUTE

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

Nome e Cognome del/la 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 ☐ No ☐	Se si specifica:
Punture di insetto	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Medicinali	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Altro	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico?	Sì ☐ No ☐	Se si 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 ☐ No ☐	
Se si specifica:		

Hai problemi medico/sanitari ricorrenti o condizioni di salute croniche?

☐ Anemia	☐ Disordini alimentari	☐ HIV	☐ Emicrania
☐ Asma	☐ Disordini ormonali	☐ Disturbi psicotici	☐ Limitazioni alla mobilità
☐ Autismo	☐ Diabete	☐ Disabilità nell'apprendimento	☐ Problemi motori
☐ Malattie autoimmunitarie	☐ Problemi legati alla tiroide	☐ Disturbi mentali	☐ Problemi neurologici
☐ Problemi cardiovascolari	☐ Attacchi di panico	☐ Disturbi epilettici	☐ Problemi gastrointestinali
☐ Depressione	☐ Disturbi del sonno	☐ Ipertensione	☐ Problemi di udito

Soffri o hai sofferto dipendenze da alcol o droga?

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