



## **SCHEMA di PARTECIPAZIONE**

*(Da compilare da parte dei genitori per i minorenni, i maggiorenni possono apporre la propria firma)*

Il/la sottoscritto/a ..... in qualità di .....  
di (nome figlio/a ) ..... nato/a il.....  
indirizzo.....telefono .....  
dichiara sotto la propria responsabilità di avere la potestà genitoriale ed AUTORIZZO il/la figlia/o a partecipare all'evento scout :

Campo di Servizio R/S che si terrà a NISIDA (NA) dal 17/07/09 al 22/08/09.

### **INFORMAZIONI SANITARIE**

Gruppo sanguigno..... Tessera Sanitaria n. ....

Azienda Sanitaria n.....di.....

Medico Curante : ..... Indirizzo :.....Tel.....

Se necessario allego terapia medica rilasciata in data ....., dal medico curante, completa di : nome/i del/i medicinale/i, orario di somministrazione e posologia.

### **AUTORIZZAZIONE**

Il sottoscritto/a autorizza i Responsabili Educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me e forniti alla partenza.

Inoltre autorizzo i Capi censiti nel Gruppo Scout Osimo1 dell'Agesci presenti al campo, ANDREONI ALESSANDRO e COSTANTINI CHIARA a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie o indagini diagnostiche urgenti (su indicazioni di medici qualificati ), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai seguenti recapiti, ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento del campo :

.....  
.....

Allego alla presente : Scheda Sanitaria Minori o Maggiorenni (medico) e fotocopie della Scheda Vaccinazioni e del tesserino sanitario.

Data .....

Firma.....  
(leggibile)

In ottemperanza al Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") i dati che Le sono richiesti verranno utilizzati dal Gruppo Scout Osimo1 Agesci ai sensi della predetta normativa, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.