



## GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE

Comune di San Michele al Tagliamento

- Provincia di Venezia -

(n. iscrizione albo regionale PCVOL-05-B-1063-VE-02, n. iscrizione elenco nazionale DPC/VRE/0027301)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CAMPO SCUOLA DELLA PROTEZIONE CIVILE 2014 DI SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO

#### DATI PERSONALI (di chi partecipa al campo)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI SANITARIE

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ N° Tesserino Sanitario (allegare fotocopia) \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio delle Note per specificare meglio il problema.

<i>Ha mai avuto manifestazioni allergiche...</i>		<i>Ha mai subito iniezioni da siero</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a medicinali	<i>si</i>	<i>limitazioni nella alimentazione</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...alimentari	<i>si</i>	<i>Attualmente soffre di patologie particolari</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a punture d'insetto	<i>si</i>	<i>Soffre di emorragie (naso, bocca,...)</i>	<i>si</i>	<i>no</i>

Malattie esantematiche: \_\_\_\_\_

Malattie ed infortuni avuti in passato: \_\_\_\_\_

VACCINAZIONI RICHIESTE PER IL CAMPO: \_\_\_\_\_

ANTITETANICA ultimo richiamo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Note:

---

---

---

---

---

---

**Dichiaro** di aver effettuato le vaccinazioni richieste; altresì nel caso che una o entrambe le vaccinazioni non fossero state effettuate, mi assumo la responsabilità, consapevole che saranno prese tutte le necessarie precauzioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE

Comune di San Michele al Tagliamento

- Provincia di Venezia -

(n. iscrizione albo regionale PCVOL-05-B-1063-VE-02, n. iscrizione elenco nazionale DPC/VRE/0027301)

# AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

AUTORIZZO mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

a partecipare al **CAMPO SCUOLA** che si terrà a **SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO** presso la **SEDE DELLA POLISPORTIVA "3 FONTANE"** (ex scuole elementari di IV bacino) dal **18 agosto 2014** al **24 agosto 2014** organizzato dal Gruppo comunale Volontari di Protezione Civile di San Michele al Tagliamento.

Lo/a autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte all'interno e all'esterno della sede della polisportiva "3 fontane", consapevole che saranno sempre svolte in presenza di uno o più adulti.

Inoltre autorizzo i responsabili del campo scuola che saranno presenti, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie 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 scuola.

Sarà attivata durante tutta la durata del Campo Scuola un'assicurazione integrativa a cura del

Dipartimento di Protezione Civile Nazionale

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

I dati forniti saranno trattati nel rispetto delle norme sulla privacy

Data

Firma

\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_