

Gruppo _____

Regione _____

SCHEDA SANITARIA



Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati personali e sensibili

Gentili Genitori

la presente per comunicarVi che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 istitutivo della normativa in materia di tutela delle persone fisiche e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la gestione delle informazioni che riguardano Vostro figlio/a, avverrà in ossequio ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e comporterà la raccolta e la gestione dei dati personali.

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (art 26).

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, si forniscono di seguito le informazioni da sottoporre alla Vostra cortese attenzione:

- 1) titolare del trattamento è lo scrivente ente;
- 2) i dati personali da Voi forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale del garante, per le seguenti finalità:
 - essere poste a disposizione di personale medico in caso di emergenza;
 - esecuzione dei servizi richiesti;
 - elaborazione di pratiche con enti pubblici;
 - gestione di altre attività che dovessero essere da Voi espressamente richieste o obbligatorie per legge;
- 3) il trattamento sarà effettuato sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici che manualmente;
- 4) il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'esecuzione del servizio richiesto e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata esecuzione del servizio medesimo;
- 5) i dati potranno essere comunicati a soggetti esterni esclusivamente per finalità legate all'esecuzione del servizio da Lei richiesto o per adempiere ad obblighi di legge;
- 6) in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003, che si riporta di seguito integralmente:

Art. 7 – diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto ad ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

A disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti ed integrazioni alla presente; si porgono cordiali saluti.

Data: _____

per il titolare del trattamento dei dati



Recapiti utili per il rintraccio dei genitori

Padre	Cognome	
	Nome:	
	Residenza	
	Recapito telefonico	
Madre	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	
-----	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	
-----	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	

DICHIARAZIONE

Io sottoscritt _____ nato a _____ il ___/___/___

genitore di _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mi__ figli__.
2. Sono consapevole che le attività scout proposte a mio figli_ e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenderanno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella PRESENTE scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo il Capo Gruppo ed il Capo unità a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mi__ figli__, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.

_____ il ___/___/___

Firmato

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione dei Capi e del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo.

Data: _____

Firma dei genitori

Recapiti telefonici: madre, _____ / padre, _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome:	
Nome:	
Luogo e data di nascita:	/
Residenza:	
Recapito telefonico:	

Dati sanitari

N° tessera sanitaria: _____

Patologie in atto:

Esame obiettivo:

Patologie pregresse

Il/la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

Le seguenti informazioni vengono richieste a mero scopo precauzionale, per essere poste a disposizione di personale medico solamente in caso di emergenza, e per comunicare ai CAPI le informazioni sanitarie che riguardano il/la ragazzo/a. Le informazioni richieste sono necessarie e utili al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico-sanitario adeguato al caso, nella malaugurata ipotesi in cui sia necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità propria e degli altri. Le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate e comunicate esclusivamente a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei ragazzi (Capi Scout, medici, ecc) nel rispetto della normativa sulla privacy. Per quanto sopra detto, è importante che la presente scheda venga compilata in ogni sua parte, per questo motivo, nel caso in cui non si ritenga di compilare alcune parti della scheda le stesse dovranno essere sbarrate in modo da dimostrare che sono state lette. La presente scheda deve essere firmata da uno dei genitori, in caso di genitori separati o divorziati dal genitore che ne ha l'affido, in mancanza dal tutore. La presente scheda sarà conservata e custodita dai capi, secondo quanto previsto dalla normativa sulla privacy, per il tempo di iscrizione del ragazzo all'associazione".

Principali malattie pregresse

_____	morbillo
_____	parotite
_____	pertosse
_____	rosolia
_____	varicella
_____	scarlattina
_____	altre:

Allergie:

_____	farmaci
_____	pollini
_____	polveri
_____	muffe
_____	alimenti
_____	veleno insetti
_____	altro:

Terapie in corso:

Dieta particolare: (specificare alimenti vietati)

Notizie utili per il medico:

Apparecchi protesici e/o altri ausili:

CONTROINDICAZIONI

Il figlio/a è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RSM (Risonanza Magnetica Nucleare)?

	SI	NO
--	-----------	-----------

Il figlio/a ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche? (se "si" indicare le circostanze ed il farmaco)

	SI	NO
--	-----------	-----------

Nostro figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci, dei quali è personalmente dotato:

	Tipo di farmaco	posologia	Modalità di assunzione
Febbre:			
Piccole ustioni:			
Punture insetti:			
Contusioni, distorsioni:			

Altro (indicare motivazione e farmaco):

Descrizione	Tipo di farmaco	Posologia	Modalità di assunzione

- Allegare la fotocopia della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni;
- In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi unità i farmaci necessari in un contenitore idoneo con la relativa posologia.