



SETTORE PROTEZIONE CIVILE

OGGETTO: CAMPO SCUOLA 2015 – SCHEDA PERSONALE

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

In qualità di genitore/tutore del minore _____ nato

a _____ il _____ residente a _____

Via _____

CERTIFICA CHE IL PROPRIO FIGLIO/A

SEGUE TERAPIE SI [] NO []

SE SI QUALI TERAPIE: _____

E' INTOLLERANTE SI [] NO []:

FARMACI: _____

ALIMENTI: _____

ALTRO: _____

Il/La sottoscritto/a. Inoltre, autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Lì _____

FIRMA DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA'
