



NOME: _____ **COGNOME:** _____
(nome e cognome come scritto sul passaporto; controllare bene il numero e la scadenza del passaporto)

NATO/A IL ___ / ___ / ___ **A** _____ **PROV.** _____

INDIRIZZO: via / p.zza _____ **no.** _____

Cap. _____ **paese/ parrocchia:** _____

TELEFONO: fisso _____ **cellulare** _____ / _____

PASSAPORTO NO.: _____ **SCADENZA PASSAPORTO:** ___ / ___ / ___
(scadenza almeno oltre 6 mesi dalla data del ritorno)

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE: _____

INTOLLERANZE AMBIENTALI (pollini, acari, ecc.): _____

Episodi asmatici Si No

Problemi cardiovascolari Si No

Problemi app. digerente Si No

Problemi app. urologico Si No

Problemi app. visivo Si No

Antitetanica Si scadenza _____ No

Problemi app. respiratorio Si No

Problemi app. endocrino Si No

Problemi app. del SNC Si No

Problemi app. uditivo Si No

Se si, quali?

Utilizzo abituale di farmaci Si No

Se si, quali?.....

Informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679 cd. GDPR e art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che la suddetta normativa prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Nel rispetto della normativa sulla *privacy*, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Titolare del trattamento è la Diocesi di Civita Castellana.
2. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: prevenzione e cura malattie ed infortuni.
3. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale
4. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza.
5. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione o i dati potranno essere / saranno comunicati all'interessato
6. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel caso in cui sia necessario (es. Pronto Soccorso) o, in caso di necessità, da eventuale personale medico presente durante le attività del camposcuola.
7. I dati saranno cancellati al termine del camposcuola.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 cd. GDPR e dell'art. 13 D.lgs. 196/2003, l'interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Do il consenso • Nego il consenso •

Luogo Data

Firma leggibile (del genitore se minorenne)

Nome Cognome

I **VERSAMENTI** devono essere effettuati a:

Diocesi di Civita Castellana, Piazza del Duomo, 4 - 01033 Civita Castellana VT

Banca CARIVIT - Filiale C. Castellana, via della Repubblica, 24

IBAN: IT 03 Y030 6973 0300 0001 0061 717 / **CAUSALE:** TERRA SANTA GIOVANI - NOME, COGNOME e PARROCCHIA

