**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE**

**COLONIA MARINA 2022 COMUNE DI CANOSA SANNITA**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME** |  |
| **NOME** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **INDIRIZZO** |  |
| **NUMERO CELLULARE** |  |

**GENITORE DEL MINORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME** |  |
| **NOME** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |

**DICHIARA**

previamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all’art. 76 del D.P.R. 28 novembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall’art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’**

1. **CHE IN CASO DI NECESSITA’ IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E’ IL SEGUENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME** |  |
| **NOME** |  |
| **GRADO DI PARENTELA** |  |
| **TELEFONO**  |  |

1. **CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E’:**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME** |  |
| **NOME** |  |
| **TELEFONO** |  |

1. **CHE IL MINORE:**

**NON** ha sofferto di patologie gravi in passato, **NON** ha subito interventi chirurgici recenti, **NON** è portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc…), **NON** è affetto da intolleranze o allergie;

**HA** sofferto di patologie gravi in passato, **HA** subito interventi chirurgici recenti, **E’** portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc…), **E’** affetto da intolleranze o allergie, **come risultante da certificato medico allegato.**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**