SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE

COLONIA MARINA MINORI 2024 COMUNE DI CANOSA SANNITA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA INDIRIZZO NUMERO CELLULARE GENITORE DEL MINORE COGNOME NOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. ovembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei cont he potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei penefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei Denefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei Denefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei Denefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei Denefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza dei Denefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base decadenza provvedimento emanato sulla base delichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO (ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie; come risultante da certificato medico allegato. Data Firma	COGNOME	
DATA DI NASCITA INDIRIZZO NUMERO CELLULARE GENITORE DEL MINORE COGNOME NOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. ovembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei com he potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e ceadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base cichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO 3. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, PC portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	NOME	
INDIRIZZO NUMERO CELLULARE GENITORE DEL MINORE COGNOME NOME LUGGO DI NASCITA DATA DI NASCITA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. ovembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei contre potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e ceadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base ci dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILTA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO 3. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	LUOGO DI NASCITA	
NUMERO CELLULARE GENITORE DEL MINORE COGNOME NOME LUGGO DI NASCITA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. reviamente informato e conseptità di all'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e cacadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base o chiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. 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, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci e c. NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	DATA DI NASCITA	
GENITORE DEL MINORE COGNOME NOME LUGGO DI NASCITA DICHIARA DI	INDIRIZZO	
COGNOME LUGGO DI NASCITA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. porembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei cont ne potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e cadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base e chiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	NUMERO CELLULARE	
DICHIARA DICHIARA Teviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R povembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei contine potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base de cichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO 3. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	GENITORE DEL MINORE	
DICHIARA DICHIA	COGNOME	
DICHIARA DICHIARA reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. povembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei cont de potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e ceadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base o chiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto di intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	NOME	
Previamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. povembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei contine potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e cecadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base ochiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto di intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	LUOGO DI NASCITA	
reviamente informato e consapevole della responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R porembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei contine potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e ce cadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base ci chiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	DATA DI NASCITA	
covembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei contine potranno essere svolti dagli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e cecadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO ROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' 1. CHE IN CASO DI NECESSITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE: COGNOME NOME GRADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO 3. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affette intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	reviamente informato e co	
COGNOME RADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO 3. CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	ovembre 2000, n. 445 per le ne potranno essere svolti da ecadenza dei benefici eve chiarazione non veritiera co	e ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci, nonché dei control gli Uffici ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, e della ntualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della me previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 novembre 2000 n. 445, SOTTO L
RADO DI PARENTELA TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO . CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	1. CHE IN CASO DI NECES	SITA' IL RECAPITO CUI RIVOLGERSI E' IL SEGUENTE:
TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	COGNOME	
TELEFONO 2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO . CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	NOME	
2. CHE IL MEDICO CURANTE DEL MINORE E': COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NC portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	GRADO DI PARENTELA	
COGNOME NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	TELEFONO	
NOME TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	2. CHE IL MEDICO CURAN	ITE DEL MINORE E':
TELEFONO CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	COGNOME	
 CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato. 	NOME	
 CHE IL MINORE: NON ha sofferto di patologie gravi in passato, NON ha subito interventi chirurgici recenti, NO portatore di patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ec NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato. 	TELEFONO	
NON è affetto da intolleranze o allergie; HA sofferto di patologie gravi in passato, HA subito interventi chirurgici recenti, E' portator patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.	NON ha sofferto di patolo	
patologie croniche (asma, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto intolleranze o allergie, come risultante da certificato medico allegato.		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Data Firma	patologie croniche (asma	, svenimenti, convulsioni, diabete, disturbi cardiaci ecc), E' affetto d
	Data	Firma