SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL MINORE

COLONIA MARINA MINORI 2024 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	

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, **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** _____