

QUESTIONARIO ANAMNESTICO per tutti gli allievi già iscritti

Si prega di compilare il presente modulo, necessario per l'aggiornamento della Cartella Sanitaria dell'alunno, inserirlo in busta chiusa e depositarlo nell'apposita cassetta presso la Segreteria insieme a copia del Certificato di Vaccinazioni aggiornato. Oppure di inviarlo via mail al Medico Scolastico: medico@marcellinequadronno.it

Grazie per la collaborazione.

Data di compilazione _____

Alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____

Abitante in _____

Telefono _____

Malattie sofferte dall'alunno negli ultimi 12 mesi

Malattie esantematiche(varicella, scarlattina ecc.) _____

Interventi chirurgici _____

Allergie: alimentari _____

 a farmaci _____

 di altra natura (es. nickel) _____

Intolleranze alimentari _____

Altri disturbi (convulsioni, disturbi gastrointestinali, cefalea, patologie a carico

 dell'apparato muscolo scheletrico) _____

Malattie respiratorie ricorrenti _____

Difetti di vista _____

Altro _____

Se l'alunno è portatore di patologie note (asma, convulsioni febbrili,

aritmie cardiache, epilessia) segnalare i provvedimenti da adottare in caso crisi

Indicare i farmaci che assume abitualmente e la loro posologia _____

Se l'alunno dovesse necessitare di assumere farmaci durante l'orario scolastico, i genitori/tutori devono presentare al Preside di riferimento e al Medico scolastico:

1. Richiesta scritta
2. Certificato rilasciato dal Medico Curante o dallo Specialista con l'indicazione precisa delle dosi, modalità e durata di somministrazione
3. Modulistica apposita compilata in ogni sua parte, disponibile presso la Sala Medica

L'autorizzazione alla somministrazione del farmaco ha validità per l'intero anno scolastico o per l'intero periodo indicato sul certificato.

I farmaci vanno consegnati in Sala Medica, in confezione integra, non scaduti e lasciati in custodia del personale della Sala Medica per tutta la durata della terapia.

Ogni informazione riportata nel presente Questionario rimarrà riservata secondo le vigenti leggi sulla tutela della privacy.

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e ai sensi dell'art. 13 d.lgs n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 in materia di protezione dei dati personali

ACCONSENTO al trattamento dati
da parte del Medico Scolastico

NON ACCONSENTO al trattamento dati
da parte del Medico Scolastico

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N.445/2000

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____

In qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale) del minore sottocitato

DICHIARO che

(nome e cognome alunno) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____

**HA EFFETTUATO LE VACCINAZIONI E RIVACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LA PROPRIA ETA'.
HA INOLTRE ESEGUITO LE SEGUENTI VACCINAZIONI E RIVACCINAZIONI FACOLTATIVE**

L'ULTIMA VACCINAZIONE ANTITETANICA E' STATA ESEGUITA IN DATA _____

LE STESSE VACCINAZIONI SONO STATE REGISTRATE PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA CITTA' DI: _____

Data _____

Firma _____

ACCONSENTO al trattamento dati da parte del Medico Scolastico ai sensi dell'art.13 d.lgs n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs 101/2018 in materia di protezione dei dati personali

Firma _____