

# DICHIARAZIONE DI AFFIDO

Al Responsabile di Campo, Sig/a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esercitante la potestà sul/la minore \_\_\_\_\_

## AFFIDA

sotto la propria responsabilità all'equipe animatori, nelle persone di ogni animatore, facente parte di detta equipe e del capocampo Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il/la minore \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per tutta la durata del campo-scuola, promosso dall'Associazione di Azione Cattolica Italiana, diocesi di Vittorio Veneto e gestito dall'Associazione Comitato Diocesano CITS di Vittorio Veneto, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**nella Casa per ferie Cimacesta di Auronzo di Cadore, località Giralba.**

## AUTORIZZA

fin d'ora, sotto la propria responsabilità, la partecipazione del/la citato/a minore alle eventuali escursioni che si terranno durante il campo-scuola al di fuori della casa per ferie.

## DICHIARA

inoltre che il/la suddetto/a minore:

- non è affetto da malattie che gli impediscono la vita in comunità e la partecipazione alle varie attività di campo-scuola (giochi, passeggiate, escursioni anche oltre i 1.000 metri di altitudine);
- non è affetto da malattie infettive e/o contagiose

(se le caselline non sono barrate, si prega contattare il capocampo – tel. Ufficio Azione Cattolica 0438/940374)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Gli/l' esercenti/e la podestà

***Si allega fotocopia della tessera sanitaria ed elenco delle vaccinazioni.***

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/03 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i suoi dati saranno da noi unicamente utilizzati per espletare gli obblighi di legge.

Per consenso,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

(da compilare solo in caso di ulteriori segnalazioni e consegnare in busta chiusa)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esercente la potestà sul/la minore \_\_\_\_\_

## DICHIARA

che il/la minore \_\_\_\_\_:

1. in quanto affetto dalle seguente/i malattia/e:

\_\_\_\_\_

a) deve assumere i seguenti farmaci alla posologia sottoindicata:

\_\_\_\_\_

b) si devono avere le seguenti attenzioni:

\_\_\_\_\_

Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

2. E' allergico ai seguenti medicinali o alimenti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
Gli/l' esercenti/e la podestà

### Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/03 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il camposcuola e al termine saranno distrutti.

Per consenso,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE DI AFFIDO

Al Responsabile di Campo, Sig/a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esercitante la potestà sul/la minore \_\_\_\_\_

## AFFIDA

sotto la propria responsabilità all'equipe animatori, nelle persone di ogni animatore, facente parte di detta equipe e del capocampo Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il/la minore \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per tutta la durata del campo-scuola, promosso dall'Associazione di Azione Cattolica Italiana, diocesi di Vittorio Veneto e gestito dall'Associazione Comitato Diocesano CITS di Vittorio Veneto, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**nella Casa Alpina Bruno e Paola Mari – Nebbiù – Pieve di di Cadore (BL)**

## AUTORIZZA

fin d'ora, sotto la propria responsabilità, la partecipazione del/la citato/a minore alle eventuali escursioni che si terranno durante il campo-scuola al di fuori della casa per ferie.

## DICHIARA

inoltre che il/la suddetto/a minore:

- non è affetto da malattie che gli impediscono la vita in comunità e la partecipazione alle varie attività di campo-scuola (giochi, passeggiate, escursioni anche oltre i 1.000 metri di altitudine);
- non è affetto da malattie infettive e/o contagiose

(se le caselline non sono barrate, si prega contattare il capocampo – tel. Ufficio Azione Cattolica 0438/940374)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Gli/l' esercenti/e la podestà

***Si allega fotocopia della tessera sanitaria ed elenco delle vaccinazioni.***

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/03 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i suoi dati saranno da noi unicamente utilizzati per espletare gli obblighi di legge.

Per consenso,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_