

**SCHEDA SANITARIA* PER ADULTI E/O ASSISTENTI
CENTRO COMUNITARIO EVANGELICO "ROCCAMONFINA"
Anno 2008....**

Regione.....

ASL.....

Distretto.....

Cognome.....Nome.....

Nato/aprov.....il.....

Residente a.....prov diC.A.P.....

Via.....n°.....tel.....

Tess. Sanitaria n°.....Cod. Fisc.....

Si attesta che il/la Sig./anon presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto. Dagli elementi anamnestici non risulta che abbia avuto contatti recenti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da controindicare l'ammissione in collettività.

.....li.....
(La compilazione non può essere superiore a 5 gg. prima della partenza)

Medico compilatore:

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Qualifica:

Medico di medicina generale

Medico Asl di residenza

Cod. reg.

Il sottoscritto dichiara di avere riferito fedelmente le informazioni relative al proprio stato di salute e ad eventuali contatti recenti con persone affette da malattie trasmissibili in atto. Inoltre dichiara di accettare il regolamento del Centro "Roccamonfina" e chiede di partecipare al turno del 20.....

FIRMA LEGGIBILE

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy.

*Conforme all'allegato B della circolare del Ministero Sanità n°6 del 20/04/2000.