

SCHEDA SANITARIA

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____ Milite/ssa squadra n° _____

Vaccinazioni:

- Antitetanica
- Antiepatite B

Malattie incontrate:

- Ipertensione
- Diabete
- Cardiopatia
- Angina Pectoris
- Valvulopatie
- Scompenso cardiaco
- Infarto miocardio
- Aritmia
- Renali
- Esantematiche
- Veneree
- Polmonari

Anamnesi:

Familiare Sintetica: _____

Patologica remota _____

N.B. da riportare in busta chiusa

Il Medico curante _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, presa visione dell'informativa rilasciata da Croce Azzurra Belgioioso O.d.V. E.T.S. presta il consenso al trattamento dei presenti dati sanitari da parte dell'Organizzazione, per la corretta organizzazione e gestione dell'attività di Volontariato.

DATA _____ FIRMA: _____