Scout d'Europa FSE

Nome e Cognome _____

Gruppo Gorgonzola 1° _____

Distretto Nord-Ovest _____

Regione Nord _____

SCHEDA SANITARIA

Anno Scout 2020 _____ 2021 _____

Le seguenti informazioni vengono richieste a mero scopo precauzionale, per essere poste a disposizione di personale medico solamente in caso di emergenza, e per comunicare ai CAPI le informazioni sanitarie che riguardano il/la ragazzo/a.

Le informazioni richieste sono necessarie e utili al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico-sanitario adeguato al caso, nella malaugurata ipotesi in cui sia necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità propria e degli altri.

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate e comunicate esclusivamente a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei ragazzi (Capi Scout, medici, ecc) nel rispetto della normativa sulla privacy.

Per quanto sopra detto, è OBBLIGATORIO che la presente scheda venga compilata in ogni sua parte.

La presente scheda deve essere firmata da **entrambi i genitori**.

In caso di genitori separati o divorziati con affido esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

La presente scheda **sarà conservata e custodita dai Capi**, secondo quanto previsto dalla normativa sulla privacy, per il tempo di iscrizione del ragazzo all'Associazione.

Scout d'Europa
FSE

DATI ANAGRAFICI E SANITARI

Cognome:	
Nome:	
Luogo e data di nascita:	/
Residenza:	
Recapito telefonico:	
Codice fiscale:	

Patologie pregresse	Ad es. morbillo, parotite, rosolia, varicella, scarlattina, pertosse, altro...
Patologie in atto e terapie in corso	
Allergie	
Dieta particolare (specificare alimenti vietati)	
Notizie utili per il medico	
Apparecchi protesici e/o altri ausili	

ALTRE INDICAZIONI

Data della vaccinazione contro il TETANO		
Data dell'ultimo richiamo dell'antitetanica		
Il figlio/a è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)?	SI	NO
Il figlio/ ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche? (se "si" indicare le circostanze ed il farmaco)	SI	NO

_ _

_ _

Nostro figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci, dei quali è personalmente dotato:

	Tipo di farmaco	Posologia	Modalità di assunzione
Febbre:			
Piccole ustioni:			
Punture insetti:			
Contusioni, distorsioni:			
Altro:			

RECAPITI UTILI PER IL RINTRACCIO DEI GENITORI

Padre	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	
Madre	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	

Scout d'Europa
FSE

	Cognome	
----------	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	

EVENTUALI AGGIORNAMENTI
in merito alle condizioni di salute di nostr_ figli_ intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda

- Allegare la fotocopia del certificato medico valido per attività sportiva ludico-motoria o certificato per attività sportiva non agonistica (già certificato di sana e robusta costituzione).
- In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai Capi unità i farmaci necessari in un contenitore idoneo con la relativa posologia (in questo caso compilare la scheda "Richiesta somministrazione farmaci al Capo Unità" riportata nelle pagine seguenti).

Il/la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

(oppure se maggiorenne) firma dell'interessato _____

Luogo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Scout d'Europa
FSE

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto padre _

Io sottoscritta madre _

genitori di _

(oppure se maggiorenne) Il sottoscritto _

DICHIARIAMO/DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di nostr_ figli_/del sottoscritto.

2. Siamo/sono consapevoli/e che le attività scout proposte a nostr_ figli_/al sottoscritto e le cure mediche che le/gli/mi saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.

3. Siamo/sono consapevoli/e che è nostro/mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout, <u>in forma scritta e firmata</u>, ogni variazione, in merito alle condizioni di salute di nostr_ figli_,/del sottoscritto intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.

4.(*) Siamo consapevoli che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenteranno sempre di informarci e chiedere il nostro consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella PRESENTE scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizziamo il Capo Gruppo ed il Capo Unità a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di nostr_ figli_, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.

5. *Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione dei Capi e del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo.*

(*) il punto n.4 riguarda solo i minorenni

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

(oppure se maggiorenne) firma dell'interessato _____

Luogo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Scout d'Europa
FSE

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI AL CAPO UNITÀ
(da compilare solo in caso di necessità)

I sottoscritti _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ e _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

in qualità di ◻ genitori - ◻ genitori affidatari- ◻ tutori legali

di _

frequentante l'Unità _

del Gruppo scout _

constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci durante le attività scout nel periodo dal _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _ al _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _

come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _

dal Dott. _.

CHIEDONO
(barrare la voce che interessa)

◻ di individuare, tra i capi componenti la pattuglia di unità, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le funzioni previste.

◻ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

- ◻ A. La vigilanza dei capi dell'unità (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ◻ B. L'affiancamento dei capi dell'unità (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n _____ confezioni integre, Lotto_____

con scadenza il _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _.

Si allega prescrizione medica.

In fede,

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

Luogo _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

NUMERI UTILI

Telefono fisso _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _; _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _; _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _;

Telefono cellulare _;

Telefono Medico curante (Dott. _):

_ _

N.B.

- La richiesta/autorizzazione va consegnata al Capo Unità.
- La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia.
- I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia al Capo Unità per la durata della terapia.

Le seguenti informazioni vengono richieste a mero scopo precauzionale, per essere poste a disposizione di personale medico solamente in caso di emergenza, e per comunicare ai CAPI le informazioni sanitarie che riguardano il/la ragazzo/a.

Le informazioni richieste sono necessarie e utili al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico-sanitario adeguato al caso, nella malaugurata ipotesi in cui sia necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità propria e degli altri.

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate e comunicate esclusivamente a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei ragazzi (Capi Scout, medici, ecc) nel rispetto della normativa sulla privacy.

Per quanto sopra detto, è importante che la presente scheda venga compilata in ogni sua parte.

La presente scheda deve essere firmata da ***entrambi i genitori****.*

In caso di genitori separati o divorziati con affido esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

La presente scheda ***sarà conservata e custodita dai Capi****, secondo quanto indicato nell'informativa al trattamento dei dati personali che segue, per il tempo di iscrizione del ragazzo all'Associazione.*

Scout d'Europa
FSE

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Come richiesto dall'Articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'Unione Europea 2016/679 ("GDPR" o "Regolamento"), l'Interessato e il soggetto esercente la responsabilità genitoriale sul minore sono informati che i dati personali raccolti potranno formare oggetto di trattamento con le modalità e per le finalità descritte nella presente Informativa.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali raccolti è l'Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici (in seguito anche "**l'Associazione**" o "**FSE**"), con sede legale in via Anicia 10, 00135 - Roma.

2. Tipologia di dati trattati

Il Titolare tratterà i seguenti dati personali dell'Interessato: dati anagrafici, luogo e data di nascita, indirizzo, telefono, cellulare nonché categorie particolari di dati personali quali i dai relativi alla salute. In particolare, il Titolare tratterà informazioni inerenti: stato di salute, patologie in atto e pregresse, allergie, terapie, farmaci nonché copia della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni, con le modalità e per le finalità descritte in seguito.

3. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali raccolti dall'Associazione verranno trattati, solamente in situazioni di emergenza, al fine di assicurare un trattamento medico-sanitario adeguato nel caso in cui si rendesse necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività scout (campi, uscite, raduni etc).

La base giuridica del trattamento di tali dati è l'esplicito consenso dell'interessato o dell'esercente le responsabilità genitoriale sul minore, come indicato dall'art. 9, co. 2, lett. a) del GDPR.

4. Modalità di trattamento e periodo di conservazione dei dati

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, n. 2) del Regolamento, cui si rimanda per ogni utile finalità. Il trattamento avverrà con strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nel rispetto di quanto previsto dal Capo II (Principi) e dal Capo IV (Titolare del trattamento e responsabile del trattamento) del Regolamento e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi.

Il Titolare del trattamento, previa richiesta scritta, fornirà una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste, il Titolare addebiterà un contributo spese commisurato ai costi amministrativi. Il diritto di ottenere una copia non deve ledere i diritti e le libertà altrui.

I dati forniti saranno conservati per il tempo strettamente necessario al raggiungimento delle finalità per le quali essi sono trattati e, in particolare, per il corrente anno scout oltre il quale verranno distrutti.

5. Accesso ai dati

I dati dell'Interessato potranno essere resi accessibili, per le finalità descritte nella presente informativa, ai seguenti soggetti:

- dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di autorizzati al trattamento e/o di amministratori di sistema;
- personale medico o persone, società, associazioni che prestino servizi o attività di assistenza e consulenza o forniscano servizi all'Associazione;
- in genere, a tutti i soggetti cui la comunicazione sia necessaria per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione e all'esecuzione degli obblighi derivanti dai rapporti contrattuali e precontrattuali con l'Associazione;
- a soggetti ai quali è affidato il servizio di manutenzione e sviluppo del sistema informatico, per i tempi strettamente necessari all'ottimale esecuzione di tale servizio.

Con specifico riferimento a persone, società, associazioni che prestino servizi o attività di assistenza e consulenza o forniscano servizi all'Associazione, essi saranno nominati, da parte del Titolare del Trattamento, Responsabili del Trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 28 del GDPR, mediante atto di nomina dedicato, con indicazione delle modalità di trattamento e delle misure di sicurezza che essi dovranno adottare per la gestione e la conservazione dei dati personali di cui FSE è Titolare. L'elenco aggiornato dei Responsabili Esterni e dei soggetti autorizzati al trattamento è

N.B. L' informativa è da trattenersi da parte dell'interessato, il modulo per l'espressione del consenso deve essere restituito al Capo Gruppo

custodito presso la sede del Titolare del trattamento e si trova a disposizione dell'Interessato, previa richiesta da effettuare tramite e-mail all'indirizzo privacy@fse.it

6. Comunicazione dei dati

Senza l'espresso consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale sul minore, il Titolare potrà comunicare i dati per le finalità di cui all'art. 3 ad organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti verso i quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità suddette.

7. Trasferimento dei dati

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server del Titolare del trattamento e/o di società terze debitamente nominate quali Responsabili del trattamento ubicati all'interno dell'Unione Europea. Attualmente i server sono situati in Olanda, ma resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server all'interno dell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità agli artt. 44 ss. del Regolamento ed alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato.

8. Natura del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità sopra indicate è facoltativo, tuttavia l'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti e/o la loro inesattezza potrebbe comportare l'impossibilità per consentire all'Interessato la partecipazione agli eventi organizzati dall'Associazione quali campi, uscite, raduni etc.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento. Nel dettaglio:

- Diritto di accesso (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto alla cancellazione (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21).

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre un reclamo all'Autorità di Controllo

10. Modalità di esercizio dei diritti

Ai fini dell'esercizio di tali diritti, l'Interessato o l'esercente la responsabilità genitoriale sul minore potrà trasmette le richieste direttamente al Titolare del trattamento, mediante:

- l'invio di una lettera raccomandata A/R presso la sede aziendale, all'indirizzo: via Anicia 10, 00135 - Roma;
- l'invio di una e-mail all'indirizzo di posta elettronica: privacy@fse.it

Il Titolare del Trattamento si impegna a rispondere alle richieste al più tardi entro un mese dal ricevimento. Tale termine potrebbe essere prorogato, per non più di due mesi, in funzione della complessità o numerosità delle richieste e l'Associazione provvederà a spiegarle il motivo della proroga entro un mese dalla sua richiesta. Si segnala, inoltre, che qualora il Titolare non ottemperi alla richiesta, è tenuto a fornire riscontro all'interessato circa i motivi dell'inottemperanza e della possibilità di proporre reclamo ad una Autorità di Controllo o ricorso giurisdizionale entro un mese dalla ricezione della richiesta stessa. L'esito della richiesta potrà essere fornito per iscritto o su formato elettronico.

11. Modifiche alla presente Informativa

La presente Informativa potrà subire variazioni, che il Titolare del trattamento si impegna a comunicare all'interessato.

N.B. L' informativa è da trattenersi da parte dell'interessato, il modulo per l'espressione del consenso deve essere restituito al Capo Gruppo

Scout d'Europa
FSE

***

Modulo per l'espressione del consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto_____,

nato a _____, il _____, Cod. Socio _____,

residente in _____ Via _____ n. _____,

C.A.P. _____, e-mail _____

☐ presta il consenso
☐ non presta il consenso

al trattamento di categorie particolari di dati personali inerenti il proprio stato di salute per le finalità indicate nella presente informativa, ovvero per consentire all'Interessato la partecipazione agli eventi organizzati dall'Associazione quali campi, uscite, raduni.

***

Modulo per l'espressione del consenso al trattamento dei dati personali del minore
[*o del soggetto sottoposto a tutela, curatela o amministrazione di sostegno*]

Il sottoscritto_____,

esercente la responsabilità genitoriale sul minore_____

[o la tutela/curatela su_____],

nato a _____, il _____, Cod. Socio _____,

residente in _____ Via _____ n. _____,

C.A.P. _____, e-mail _____

☐ presta il consenso
☐ non presta il consenso

al trattamento di categorie particolari di dati personali inerenti lo stato di salute del minore *[dell'interdetto, inabilitato o sottoposto all'amministrazione di sostegno]* per le finalità indicate nella presente informativa, ovvero per consentire all'Interessato la partecipazione agli eventi organizzati dall'Associazione quali campi, uscite, raduni.

_____, lì _____

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

(oppure se maggiorenne) Firma dell'interessato _____

N.B. L' informativa è da trattenersi da parte dell'interessato, il modulo per l'espressione del consenso deve essere restituito al Capo Gruppo