

**REGIONE PIEMONTE**  
**SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residenza: indirizzo e telefono \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ N° ASL \_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE:**

<b>Morbillo</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<b>Vaccinato</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Parotite</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<b>Vaccinato</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Pertosse</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<b>Vaccinato</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Rosolia</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<b>Vaccinato</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Varicella</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<b>Vaccinato</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**ALLERGIE (SPECIFICARE):**

Farmaci \_\_\_\_\_  
Pollini \_\_\_\_\_  
Polveri \_\_\_\_\_  
Muffe \_\_\_\_\_  
Punture di insetti \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

**BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:**

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
- È stato richiesto intervento medico — si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e firma)

(nel caso di minori firma chi esercita la potestà parentale)

## VACCINAZIONI

**È STATO EFFETTUATO UN CICLO COMPLETO DELLE SEGUENTI VACCINAZIONI:**

(se no, annotare la data dell'ultimo richiamo)

<i>Antitetanica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antidifterica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antipoliomielitica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antiepatite B</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antimorbillosa</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)

### AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali n. 675/96 e successive modificazioni.