



## **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CAMPO INVERNALE RS 2017**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
numero tessera sanitaria \_\_\_\_\_ Asl di appartenenza \_\_\_\_\_  
Nome - indirizzo - telefono del medico curante: \_\_\_\_\_

Chiedo di partecipare al campo RS invernale che si terrà a Santarcangelo di Romagna (RN) , **da Giovedì 5 gennaio a Sabato 7 gennaio 2017**, in quanto conosco le attività che saranno svolte durante il campo e ne condivido le finalità. In caso di malattia, di infortunio o di altri eventi gravi, tali da mettere in pericolo la mia vita od il mio stato di salute e che richiedano interventi immediati in ordine a ricoveri ospedalieri, trasferimenti e terapie in genere (anche chirurgiche), delego i capi scout responsabili a prendere ogni decisione che si rendesse necessaria, fino al momento in cui potranno essere presenti od avvisati i familiari prossimi

**Allego (se necessario) terapia medica rilasciata dal medico curante, completa di: Nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia. Autorizzo quindi i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza**

**In alternativa domando ai responsabili la scheda di autocertificazione personale.**

In fede \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_  
data \_\_\_\_\_