

SCHEDA PERSONALE



COGNOME _____ **NOME** _____

NATO/ A IL _____ A _____ PROV. _____

RESIDENTE IN _____ COMUNE _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITI TELEFONICI:- _____

E-MAIL:- _____

SEZIONE MEDICA :

GRUPPO SANGUIGNO

VACCINAZIONI EFFETTUATE:

- antidifterica (obbligatoria) antipoliomielitica (obbligatoria) antitifica
 antitetanica (obbligatoria) antitpatite virale B (obbligatoria) altre: _____

ALLERGIE/INTOLLERANZE:

- farmacologiche: _____
 alimentari: _____
 altro: _____

DISTURBI FREQUENTI O ALTRE SEGNALAZIONI: _____

ISTRUZIONI DA SEGUIRE IN QUESTI CASI _____

DATA _____ FIRMA _____