**MODULO INFORMAZIONI SANITARIE**

Consiglio di Area Didattica delle Scienze geologiche e Consiglio di Area Didattica delle Scienze e Tecnologie per la Natura, l’Ambiente e il Territorio

☐ Laurea Triennale in Scienze Geologiche

☐ Laurea Magistrale in Geologia di Esplorazione

☐ Laurea Magistrale in Geologia Applicata alla protezione e allo sviluppo sostenibile del territorio

☐ Laurea Triennale in Scienze Naturali

☐ Laurea Magistrale in Scienze e Didattica dei Sistemi Naturali

**Il sottoscritto** cognome e nome ……………………………………………………………..

data e luogo di nascita ……………………………………………………………………….

indirizzo completo di CAP …………………………………………………………………..

recapito telefonico fisso ………………….. … e/o mobile ………………………………….

codice ASL di appartenenza …………………………………………………………………

codice sanitario ………………………………………………………………………………

codice fiscale …………………………………………………………………………………

numero di matricola ………………………………………………………………………….

attività lavorativa eventuale ………………………………………………………………….

*dichiara di non avere patologie incompatibili con le attività di terreno e di impegnarsi a rendere disponibile ai docenti responsabili delle uscite la busta contenente il modulo "informazioni sanitarie".*

Nome, Cognome e recapito telefonico (cellulare) di 2 persone da contattare in caso di emergenza:

* ………………………………………………………………………………………...
* ………………………………………………………………………………………...

Gruppo Sanguigno……………………………………………………………………………..

Patologie……………………………………………………………………………………….

Terapie in atto………………………………………………………………………………….

Allergie…………………………………………………………………………………………

Altre informazioni……………………………………………………………………………...

**Roma**, lì……. **Firma dello studente**