

## DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE

Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale. Si prega di compilare il formulario in modo leggibile (stampatello). Grazie.

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

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

NAP: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

A) È affetto/a da allergie? Sì  No

Se sì, precisi quale allergia e che trattamento medico é richiesto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B) Segue una dieta? Sì  No

Se sì, precisi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C) Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio? Sì  No

Se sì, specifichi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D) Segue un trattamento medico? Sì  No

Se sì, precisi e consegna per favore a LSE un certificato medico comprovante quanto dichiarato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E) Prevede di sottoporsi prossimamente ad un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale o istituto di cura? Sì  No

F) Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)? Sì  No

G) Fuma? Sì  No

H) Altre indicazioni di salute se necessario:

---

---

**Attestati/conferme da consegnare a LSE:**

1. **Per soggiorni in Europa**, fotocopia della tessera europea di assicurazione malattia, ottenibile presso la propria cassa malati.
2. **Per soggiorni fuori Europa**, una conferma dalla copertura assicurativa malattia e infortunio emessa dalla propria cassa malati, redatta nella lingua del paese ospitante o in inglese

Una falsa dichiarazione nei punti A) – G) può giustificare, da parte di LSE, l'annullamento dell'iscrizione.

IN FEDE:

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_