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:       Città:

A) È affetto/a da allergie? Sì  No

Se sì, precisi quale allergia e che trattamento medico è 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 consegni per favore al Servizio un certificato medico   
comprovante quanto dichiarato:

E) È seguito da uno psicologo/psichiatra? Sì  No

Se sì, precisi e consegni per favore al Servizio un certificato   
comprovante quanto dichiarato:

F) Prevede di sottoporsi prossimamente ad un intervento,   
chirurgico, di essere ricoverato in un ospedale? Sì  No

G) Soffre o ha sofferto di alcoolismo   
o di altre tossicomanie (droghe, medicamenti)? Sì  No

H) Fuma? Sì  No

I) Altre indicazioni di salute se necessario:

**Attestati/conferme da consegnare al Servizio:**

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 ai punti A) – H) può giustificare, da parte del Servizio, l’annullamento dell’iscrizione.

in fede:

Data: Firma: