

DICHIARAZIONE DELLO STATO DI 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: _____ Città: _____

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 al Servizio un certificato medico comprovante quanto dichiarato:

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

Se sì, precisi e consegna 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, medicinali)? Sì No

H) Fuma? Sì No

l) Altre indicazioni di salute se necessario:

Attestati/conferme da consegnare al Servizio Mobilità e scambi:

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) – H) può giustificare, da parte del Servizio, l'annullamento dell'iscrizione.

IN FEDE:

Data: _____ Firma: _____