

**SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA**  
(scadenza 03 giugno 2011)

Codice Lavoratore

Spett. Cassa Edile della Provincia di Napoli – Sede

Domanda per partecipazione a soggiorno in Centri sportivi, a scelta tra la Montagna ed il Mare.  
**Esclusivamente per MINORI DI ETA' DA 7 A 16 ANNI**

**AL MARE**

- C/O NAUTICO AQUARIUS, SCUOLA DEL MARE E DELLA VELA, POLICORO:  
- TURNO UNICO DAL 15-07-2011 AL 28-07-2011

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_  
Tel. Cell. \_\_\_\_\_ Iscritto a questa cassa Edile come dipendente  
dell'Impresa \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il figlio \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
A suo carico di famiglia, di essere inserito nella graduatoria per l'ammissione al soggiorno e per il periodo  
su indicato, 'barrato con X'. La taglia indumenti (  M  L  XL  XXL ) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere consapevole di tutte le condizioni necessarie e da rispettare per partecipare al soggiorno e di  
essere responsabile del comportamento del suddetto minore durante il viaggio di andata e ritorno ed il  
soggiorno stesso e di accettarle senza riserve, tenendo codesta Cassa Edile ed il Centro ospitante  
esente da qualsiasi responsabilità;

di essere altresì a conoscenza che la Cassa accoglierà le domande nel limite dei posti disponibili,  
tenendo conto dell'ordine di presentazione.

**ALLEGA**

La seguente documentazione necessaria all'atto della presentazione domanda:

**Stato di famiglia, Codice fiscale del minore e del lavoratore, Scheda sanitaria allegata, compilata  
in tutte le sue parti con i documenti richiesti nella stessa. All'atto della partenza il minore dovrà  
essere in possesso di certificato del medico di famiglia che attesta l'inesistenza di malattie  
infettive in atto e di pediculosi; inoltre dovrà essere accompagnato e rilevato al ritorno nel luogo  
e negli orari che la Cassa comunicherà agli interessati.**

*Ai sensi del D.L.vo 196/2003 e succ. mod. ed int. autorizza il Vs. Ente ed i Centri di soggiorno a  
trattare ed utilizzare, per tutte le finalità connesse alla detta assistenza i dati forniti con la presente  
e quelli di cui alla documentazione, anche sanitaria, fornita ed a fornirsi per il minore citato.*

In fede

N.B. - le attività aggiuntive (escursioni, etc.), se richieste, saranno pagate a carico del sottoscritto;

- Eventuali assistenze sanitarie sono a carico del sottoscritto;
- La Cassa si riserva il diritto di annullare il soggiorno nel caso in cui la richiesta di partecipazione dei ragazzi sia inferiore al numero di 15 (quindici) unità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

Ha diritto

SI

NO

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA

## **SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA** (scadenza 03 giugno 2011)

### **ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA** ( Da richiedere agli sportelli della Cassa Edile)

1. SCHEDE SANITARIE TIMBRATE E FIRMATE DAL MEDICO CURANTE
2. RECAPITO DEI GENITORI
3. DICHIARAZIONE LIBERATORIA
4. STATO DI FAMIGLIA
5. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL LAVORATORE

#### **Corredo consigliato**

Accappatoio, asciugamani, telo da mare, canottiere e calzini di cotone, pigiama, pantaloncini da mare, pantaloni lunghi e corti, magliette (T-shirt), costumi da bagno, felpe o maglioni di cotone, tute sportive, scarpe da ginnastica e scarpe estive, sandali da spiaggia e ciabatte da camera, creme di protezione solare, accessori personali e da toilette, indumenti intimi in numero sufficiente. Sono consigliabili giacca a vento leggera, guanti e stivaletti da vela e macchina fotografica.

**N.B. La mancata presentazione della documentazione, da compilare in ogni sua parte, renderà nulla la domanda stessa**

Gli orari di apertura sportello al pubblico sono:

lunedì - giovedì ore 15.45 – 18.00

martedì, mercoledì e venerdì ore 8.45 - 12.00

*Per ogni ulteriore informazione rivolgersi, durante l'orario d'ufficio, al Funzionario di Area rag. Enzo Buonomo*

## SITUAZIONE INFETTIVOLOGICA E VACCINALE

TIFO O PARATIFO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MENINGITE C.S.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ASMA BRONCHIALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MORBILLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	VARICELLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ESANTEMI INF.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PAROTITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TONSILLITI FREQUENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SCARLATTINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ROSOLIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FEBBRE TIFOIDE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIABETE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EPATITE B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EPILESSIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MALATTIA REUM.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PERTOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIPTERITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

Barrare il SI in caso di vaccinazione.

**HA EFFETTUATO TUTTE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE?**       SI       NO

- 1) Carta Sanitaria con codice regionale e numero della ASL di appartenenza (fotocopia).
- 2) Vaccinazione bivalente e richiami (fotocopia).
- 3) Dichiarazione medica attestante:
  - Assenza di malattie infettive, contagiose e pediculosi.
  - Sana e robusta costituzione, esente da infermità o menomazioni controindicanti la pratica ginnico-sportiva non agonistica.
- 4) Scheda sanitaria compilata e firmata (sarà inviata a cura della nostra Associazione, unitamente alla conferma dell'iscrizione).

### Certificato obbligatorio per gli allievi esterni

- 1) Dichiarazione medica attestante:
    - Idoneità alla pratica sportiva non agonistica.
    - Assenza di malattie infettive, contagiose e pediculosi.
- I certificati medici richiesti sono obbligatori per eventuali controlli da parte delle autorità competenti

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

EVENTUALE FIRMA DEL MEDICO CURANTE





- *campus nautici*
- *scuola vela*
- *scuola nuoto*
- *scuola canoa*
- *scuola windsurf*

Scheda Sanitaria per frequentatori centri di vacanza presso il:  
**CIRCOLO NAUTICO SPORTIVO AQUARIUS**  
- Scuola del Mare e della Vela -

Servizio n. \_\_\_\_\_  
Distretto Socio Sanitario \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

I. \_\_\_\_\_  
Malattie pregresse \_\_\_\_\_

Esame obiettivo \_\_\_\_\_

Terapie praticate \_\_\_\_\_

Allergie particolari \_\_\_\_\_

Sintesi dell'esame medico e giudizio sanitario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e firma del medico curante

II. \_\_\_\_\_  
Non presenta sintomi di malattie trasmissibili. Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione del bambino in collettività.

E' in regola con le vaccinazioni obbligatorie. Ha eseguito l'ultima somministrazione di vaccino antitetanico in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Ha eseguito l'ultimo Test-Tine in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con esito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e firma del medico curante

III. \_\_\_\_\_  
Notizie sanitarie relative al periodo di soggiorno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e firma del medico curante

