

CERTIFICAZIONE SANITARIA

Da compilare solo in caso di risposta affermativa ad uno dei quesiti relativi allo stato di salute di cui alla scheda Stato di salute dell'aderente e dei suoi familiari (allegato 1).

Nome Cognome	Data evento	Descrizione evento	Ricovero	Interventi chirurgici (descrizione)	Postumi (descrizione)
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi					
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi:					
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi:					
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi:					
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi:					
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Descrizione intervento:					
Descrizione postumi:					

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO AI FINI ASSICURATIVI DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa riportata all'art. 11 del Regolamento Galeno Family e ai sensi di quanto disposto dal D.lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, sia comuni sia sensibili, nell'ambito e con i limiti indicati nell'informativa, a condizione che siano rispettate le disposizioni della normativa vigente.

Data

Firma

Si attesta che sul presente modulo, redatto e firmato dall'aderente, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.