



Formulario di iscrizione e autocertificazione sullo stato di salute per l'accoglienza alla colonia estiva diurna Spazio Aperto 2026

Lo scopo dell'autocertificazione sullo stato di salute è di raccogliere i bisogni particolari legati alla salute per l'accoglienza del partecipante affinché possa essere assicurata un'adeguata presa a carico. L'autocertificazione deve essere compilata dal rappresentante legale. Le informazioni trasmesse sono confidenziali e protette. Esse vengono messe a disposizione del personale della colonia. In caso di necessità, le informazioni raccolte possono essere trasmesse al medico di riferimento della colonia, nonché al personale dei servizi sanitari preposti. Spazio Aperto si impegna a gestire le informazioni in rispetto alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e a restituire o a distruggere il documento e i relativi allegati.

La presente autocertificazione e i relativi allegati sono parte integrante dell'iscrizione all'attività.

ISCRIZIONE AL SEGUENTE TURNO:

☐ 1. turno – prima settimana	dal 20.07.2026	al 24.07.2026
☐ 1. turno – seconda settimana	dal 27.07.2026	al 31.07.2026
☐ 2. turno – prima settimana	dal 03.08.2026	al 07.08.2026
☐ 2. turno – seconda settimana	dal 10.08.2026	al 14.08.2026

DATI ANAGRAFICI:

Cognome del partecipante:
Nome del partecipante:
Data di nascita:
Indirizzo:
CAP e Località:

CHI È IL RAPPRESENTANTE LEGALE?

☐ Entrambi i genitori ☐ Uno dei genitori ☐ Un curatore o tutore

Indicare i dati dei genitori o del/dei rappresentante/i legale/i

Cognome:		
Nome:		
Numero di telefono:		
E-mail:		

In caso di urgenza medica i responsabili prenderanno i provvedimenti urgenti necessari nell'interesse del partecipante. Appena possibile si metteranno in contatto con il rappresentante legale.

Altri contatti in caso di necessità / urgenza:

Cognome:		
Nome:		
Numero di telefono:		

DOMANDE SULLO STATO DI SALUTE:

	Sì	No
☐ Allergie a medicinali?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Altre allergie (cibo, pollini, animali, ...)?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Asma o altri disturbi respiratori?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Disturbi del comportamento?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Segue un particolare regime alimentare?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Ci sono attività fisiche che non possono essere svolte?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Altre particolarità relative allo stato di salute?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		
☐ Vaccinazione standard?	☐	☐

TERAPIE FARMACOLOGICHE:

È autonomo nella gestione e nell'assunzione di farmaci?	☐	☐
Assume farmaci su prescrizione medica?	☐	☐

Nome del farmaco	Dosaggio (p. es. 1 pastiglia al mattino o "al bisogno")

ATTENZIONE:

PER LA SOMMINISTRAZIONE È NECESSARIO ALLEGARE ALLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE LO SCHEMA TERAPEUTICO REDATTO DAL MEDICO CURANTE INDICANTE IL NOME DEI FARMACI, LA FORMA GALENICA, LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE, LA POSOLOGIA ED EVENTUALI ALTRE PARTICOLARITÀ.

Il rappresentante legale che sottoscrive la presente autocertificazione autorizza i responsabili della colonia a somministrare al partecipante i farmaci secondo le indicazioni trasmesse. Qualora un farmaco sia prescritto *al bisogno*, i responsabili della colonia si impegnano a chiedere al rappresentante legale di confermare la somministrazione prima di eseguirla.

	Sì	No
Ulteriori particolarità da segnalare?	☐	☐
<i>Se sì, specificare:</i>		

Qualora intervenissero cambiamenti delle informazioni contenute nella presente autocertificazione, il rappresentante legale si impegna ad informare Spazio Aperto prima dell'inizio dell'attività.

Sottoscrivendo la presente autocertificazione, il rappresentante legale dichiara la veridicità delle informazioni in essa contenute, acconsente al trattamento dei dati personali degni di particolare protezione ai sensi della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e approva il Regolamento della colonia.

ALLEGATI ALL'AUTOCERTIFICAZIONE:

Elenco dei farmaci, dosaggi e somministrazione (piano terapeutico)	☐
Altro, specificare	
	☐
	☐
	☐

In fede.

Luogo e data

Firma del rappresentante legale

**Da ritornare a Centro Spazio Aperto, Via Gerretta 9a, 6500 Bellinzona
o tramite e-mail in formato PDF a info@spazioaperto.ch**

Iscrizioni accettate secondo disponibilità, in ordine di data