

Da avvisare in caso di emergenza	NOTE SANITARIE PERSONALI	
Nome e telefono		
		Nome
		Cognome
		Data di nascita
		Indirizzo
		Telefono
Data ultima vaccinazione antitetanica		
Medico curante: nome e telefono		
	NOTA: do il consenso all'uso dei dati sanitari solo in situazioni di necessità	
	Firma	
Patologie di cui soffro	Farmaci di uso quotidiano	
Allergie a farmaci	Farmaci per emergenza	
	in mio possesso	
Altre allergie	NOTA: do il consenso all'uso dei dati sanitari solo in situazioni di necessità	
Compilato in data	Firma	