



**Domanda di partecipazione
 per i Pellegrini Assistiti e Scheda anamnestica**

(per i Minori, la domanda deve essere compilata dal genitore/i esercente/i la patria potestà, o dal Tutore o Amministratore di Sostegno)

Al Pellegrinaggio di Lourdes / Loreto dell'anno

Cognome (nubile)

Cognome (sposato)

Nome

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento d'Identità: tipo: numero

rilasciato da

il scadenza il

Indirizzo

C.A.P. Città

Tel./Cell.

Email

Lingue conosciute corrente/buono altri

Contatto/Istituto di Cura (eventuale)

Email Tel.

Familiare presente al Pellegrinaggio: no sì (come in appresso indicato)

Cognome e Nome (leggibile)

Per eventuali necessità contattare

Cell./Tel.

Medico

Cell./Tel.



Informazioni sul stato di salute, da compilare dal Pellegrino assistito

Nome e Cognome

	SI	NO	Accorgimenti/Annotazioni
Può camminare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sale agevolmente le scale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Usa ausiliari (quale)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stampelle, bastone, carrozzina, rotatore
Usa carrozzina propria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Serve una carrozzina per lunghe distanze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Può stare seduto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Deve viaggiare sempre disteso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Persona voluminosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alimentazione: aiuto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Igiene quotidiana (autosufficiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vestirsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Trasferimento nel bagno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problemi di udito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apparecchio acustico
Problemi di vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Occhiali
Protesi dentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Necessità di sponde per letto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Gruppo sanguigno _____

Note e informazioni utili:

.....

.....

.....

.....

.....



Liberatoria

Il sottoscritto
desiderando recarmi in Pellegrinaggio con il Sovrano Militare Ordine di Malta, autorizzo il mio Medico curante e/o Medico della Struttura Ospedaliera, o Casa di Cura, o Ente, presso cui sono degente/ospite, a fornire ai medici del Pellegrinaggio le informazioni di carattere sanitario che mi riguardano.

Luogo e Data Firma

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in materia di "privacy" presto il consenso al trattamento da parte del Sovrano Militare Ordine di Malta dei miei dati personali e sensibili, della veridicità dei quali mi assumo la piena responsabilità. Ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge il sottoscritto autorizza la pubblicazione delle proprie generalità ed indirizzo nel "Libretto Bianco" del Pellegrinaggio; dichiara di essere in possesso di un **documento valido per l'espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tessera sanitaria**.

Luogo e Data Firma

Clausola assicurativa

Il sottoscritto esonera il Sovrano Militare Ordine di Malta da ogni responsabilità relativa al viaggio ed al soggiorno durante il Pellegrinaggio, compresa quella relativa al trattamento medico e di assistenza. Il sottoscritto si obbliga a non richiedere ulteriore e/o diverso risarcimento al di là di quello previsto dalle Polizze Assicurative contratte dal Sovrano Militare Ordine di Malta - Ufficio Pellegrinaggi e, per l'effetto, elegge domicilio presso il Gran Magistero dell'Ordine, via Condotti 68, Roma, Italia.

Luogo e data Firma



Liberatorie e Consensi per i Minori Assistiti partecipanti al Pellegrinaggio o per i Soggetti che necessitano di Tutore o Amministratore di Sostegno

Autorizzazione liberatoria

Il sottoscritto nato a il
 e il sottoscritto nato a il
 in qualità di genitore/i o esercente/i la patria potestà, o Tutore o Amministratore di Sostegno, del minore/soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno (cognome e nome del minore o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno)

..... nato a il
 autorizza/autorizzano il proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, suddetto a partecipare al Pellegrinaggio organizzato dal Sovrano Militare Ordine di Malta a Lourdes Loreto. Dichiaro/dichiarano di aver preso visione del programma, di accettarlo in ogni sua parte e di esonerare da ogni responsabilità gli Organizzatori del Pellegrinaggio per eventuali incidenti o infortuni connessi in cui il proprio figlio/figlia, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, dovesse incorrere, e/o per danni a persone/cose che dovessero essere provocati a persone/cose dal minore, o soggetto sottoposto a Tutela Sostegno, stesso.

Dichiaro/dichiarano sotto la propria responsabilità che il proprio figlio/figlia, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, è idoneo fisicamente a partecipare quale Pellegrino Assistito esonerando gli organizzatori e coloro che dirigeranno le varie attività del Pellegrinaggio da ogni responsabilità. **Acclude/accludono a tal fine certificato medico.**

(Luogo) (data)

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

2) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

Il Tutore o l'Amministratore di Sostegno

Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

Clausola assicurativa

Il/i sottoscritto/i esonera/esonerano il Sovrano Militare Ordine di Malta da ogni responsabilità relativa al viaggio ed al soggiorno del proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, durante il Pellegrinaggio, compresa quella relativa al trattamento medico e di assistenza. Il/i sottoscritto/i si obbliga/obbligano a non richiedere ulteriore e/o diverso risarcimento al di là di quello previsto dalle Polizze Assicurative contratte dal Sovrano Militare Ordine di Malta - Ufficio Pellegrinaggi, e per l'effetto elegge/eleggono domicilio presso il Gran Magistero dell'Ordine, via Condotti 68, Roma, Italia.

(Luogo) (data)

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

2) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

Il Tutore o l'Amministratore di Sostegno

Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e della vigente normativa in materia di "privacy" presto/prestiamo il consenso al trattamento da partedel Sovrano Militare Ordine di Malta dei dati personali e sensibili relativi a mio/nostro figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, della veridicità dei quali mi assumo/ci assumiamo la piena responsabilità.

Ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge il/i sottoscritto/i autorizza/autorizzano la pubblicazione delle generalità ed indirizzo del proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, nel "Libretto Bianco" del Pellegrinaggio;

dichiaro/dichiarano che il proprio figlio/a, o soggetto sottoposto a Tutela/Sostegno, è in possesso di un **documento valido per l'espatrio**, che porterà con sé insieme alla **tessera sanitaria**.

(Luogo) (data)

Il genitore/i o gli esercenti la patria potestà:

1) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

2) Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma

Il Tutore o l'Amministratore di Sostegno

Nome e cognome (in stampatello leggibile)

Firma



Modulo Medico curante

Cognome e Nome del Pellegrino Assistito:

Io sottoscritto in possesso di un documento di identificazione personale che porterò con me, desiderando recarmi in pellegrinaggio con il S.M.O.M. a dal/...../..... al/...../....., autorizzo il mio medico curante e/o medico dell'Ente presso cui sono ospite, a fornire ai medici del pellegrinaggio le informazioni di carattere sanitario che mi riguardano, e consento il trattamento dei miei dati sensibili della L. 196/2003, esonerando altresì il S.M.O.M. da ogni responsabilità al viaggio in aereo.

Firma

Patalogia principale
Breve notizie anamnestica
Diagnosi descrittiva attuale



	Si	No	quale
Allergie/intolleranze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		
		

	Si	No		Si	No
Vaccinazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Catetere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pannoloni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epatite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colostomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Covid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ossigeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piaghe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tagliata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sierologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Con addensante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frulata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epatite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Celiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilità di fuga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ipoproteica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disorientamento tempero spaziale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ipoglicemica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turbe di comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Iposodica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si certifica che il paziente può viaggiare in aereo

- passeggero che può autonomamente salire e scendere le scale ma che ha bisogno di una sedia a rotelle dell'aeroporto per raggiungere l'aereo
- passeggero che può camminare autonomamente all'interno dell'aereo, ma che non può autonomamente salire e scendere le scale dell'aereo
- passeggero che ha bisogno della sedia a rotelle in tutte le fasi dell'imbarco e sbarco e per muoversi all'interno dell'aereo
 - usa una sedia a rotelle dell'aeroporto
 - usa la propria sedia a rotelle e la imbarcherà

Valutate le condizioni cliniche del paziente e le controindicazione dell'O.M.S. ai viaggi in aereo (www.who.int/ith/precautions/medicalconditions/en/index.html):

Nulla Osta al viaggio: in aereo si no Bus si no

Nome del medico curante:

IndirizzoC.A.P. Città

Tel.

Luogo e data:

Timbro e Firma del medico

