



Modulo INFORMAZIONI MEDICHE/MEDICAL INFORMATION FORM

Cognome e nome/ *Surname and first name* _____

data e luogo di nascita/ *date and place of birth* _____

indirizzo completo di CAP/ *full address with ZIP code* _____

recapito telefonico fisso e/o mobile/ *telephone number* _____

codice ASL di appartenenza / *ASL code (if in possession)* _____

codice identificativo Tessera Sanitaria / *health card identification code (if in possession)*

codice fiscale/ *Fiscal code* _____

numero di matricola / *Student ID number* _____

Corso di studi/ *Course of study* _____

Nome, Cognome e recapito telefonico (cellulare) di 2 persone da contattare in caso di emergenza
Name, surname and telephone number (mobile) of 2 people to contact in case of emergency

Gruppo Sanguigno/ *Blood group* _____

Patologie e Terapie in atto/ *Pathologies and Current therapies* _____

Allergie e/o Altre informazioni/ *Allergies Other information* _____

Data/Date _____

Firma/Signature _____