

**Progetto regionale "Vivere nei Parchi" - PugliA.M.I.C.A.**

**Area Protetta** \_\_\_\_\_ **sede di** \_\_\_\_\_

**Modulo di partecipazione**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nucleo familiare n. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Attività lavorativa \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

E' affetto da disabilità fisica?  SI<sup>1</sup>  NO

**Se SI**, indicare quale \_\_\_\_\_

E' affetto da disabilità sensoriale?  SI<sup>1</sup>  NO

**Se SI**, indicare quale \_\_\_\_\_

E' affetto da Sindrome di Down?  SI<sup>1</sup>  NO

Soffre di qualche patologia tra quelle di seguito elencate?

1. Allergie/intolleranze in trattamento  SI<sup>1</sup>  NO

**Se SI**, indicare quali \_\_\_\_\_

2. Asma  SI<sup>1</sup>  NO

3. Insufficienza renale  SI<sup>1</sup>  NO

4. Diabete  SI<sup>1</sup>  NO

5. Scopenso cardiaco  SI<sup>1</sup>  NO

6. Ipertiroidismo  SI<sup>1</sup>  NO

<sup>1</sup>In caso di risposta affermativa, trasmettere la presente scheda alla Sezione PSB, in fase di iscrizione.



**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI  
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE  
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro**

Negli ultimi due anni ha svolto attività fisica?  SI  NO

**Se SI**, indicare la frequenza:  4/6 volte a settimana  2/3 volte a settimana  1 volta a settimana

È già in possesso di una certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica rilasciata dal proprio medico/pediatra negli ultimi sei mesi?  SI  NO

**Se SI**, da allegare in copia

Nel rispetto dell'art. 7 Dlgs. n. 196 del 2003, i dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per fini sanitari e di studio, nonché per l'invio di informazioni riguardanti le iniziative relative al progetto. Apporre la propria firma in segno di assenso al trattamento dei dati personali per le finalità dichiarate.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Si prega di allegare alla presente la scheda n. 2**

**Firma**

\_\_\_\_\_

### Questionario informativo

*Vi chiediamo cortesemente di compilare questo rapido questionario per conoscere le vostre idee e il vostro pensiero riguardo l'iniziativa progettuale e raccogliere quindi alcune riflessioni per migliorarla. La compilazione prevede circa cinque minuti di tempo; non c'è una risposta giusta o sbagliata, è solo un modo per esprimere il vostro pensiero.*

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Nucleo familiare n. \_\_\_\_\_

1. Inizialmente, da chi ha saputo dell'iniziativa?

Amici/parenti     Web     Altro \_\_\_\_\_

2. Che cosa l'ha spinto/o a partecipare all'iniziativa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Pensa che fare attività motoria, in maniera costante, possa migliorare il suo benessere psico-fisico?

SI     NO

Perché? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. E' a conoscenza che una scarsa partecipazione alle attività progettuali può limitare gli effetti benefici sul suo stato di salute?  SI     NO

5. Quale mezzo utilizza maggiormente per il percorso lavoro/scuola/casa?

Auto     Mezzi pubblici     Bicicletta     Mi muovo a piedi

6. E' soddisfatto del suo aspetto fisico?  SI  NO

Perché? \_\_\_\_\_

7. Conosce le risorse ambientali del suo territorio?

Bene  Abbastanza bene  Poco  Per niente

8. Conosce le risorse culturali del suo territorio?

Bene  Abbastanza bene  Poco  Per niente

9. Conosce le risorse alimentari tipiche del suo territorio?

Bene  Abbastanza bene  Poco  Per niente

10. Quali tra i seguenti alimenti consuma, settimanalmente, con maggiore frequenza ? (Max 3 risposte)

Carne rossa ed insaccati  Carne bianca  Pesce  Dolci  Snack e pizette

Legumi  Formaggi  Frutta e verdura

*Grazie per la cortese collaborazione.*