

# ACP1 Action Card

## TEAM MEMBERS PERSONAL RECORDS

Compilare e mettere a disposizione del Team Leader

*Fill in and give it to Team Leader*



**TIENI SEMPRE AGGIORNATA E PORTA UNA COPIA CON TE!**

*Keep it up to date and keep a copy with you!*

Cellulare 1: .....

Cellulare 2: .....

Telefono casa: .....

Telefono lavoro: .....

*Cellular 1 & 2, Home & Work Telephone*

E-Mail 1: ..... E-Mail 2: .....

Nome: ..... Cognome: .....

*Name*

Qualifica: ..... ASL/ASO/AOU: ..... Reparto .....

*Rank*

*Organization*

*Division*

Residenza: .....

*Residence*

Codice fiscale: .....

*Social Security Number/Tax number*

Altezza (cm): ..... Peso (kg): ..... Occhi: .....

*Height*

*Eyes*

Passaporto N.: ..... Data scadenza passaporto: .....

*Passport N.*

*Expiration date*

Conoscenza lingue straniere:

*Foreign language knowledge*

Language	Inglese 	Francese 	Spagnolo 	.....
<i>Language</i>	English <input type="checkbox"/>	Franch <input type="checkbox"/>	Spanish <input type="checkbox"/>	.....
Lettura				
<i>Reading skills</i>				
Scrittura				
<i>Writing skills</i>				
Parlato				
<i>Verbal skills</i>				

Patenti di guida: .....

*Driving license number, expiration date, type* .....

Percorso formativo e specializzazioni .....

*Specializations and formative courses* .....

Esperienze lavorative in catastrofi (Italia) .....

*Work experiences in catastrophies (Italy)* .....

Esperienze lavorative in catastrofi (Internazionali) .....

*Work experiences in catastrophies (International)* .....

**VACCINAZIONI / VACCINATIONS**

Tipo / Type	Dose / Dose	Data / Date	Scadenza / Expiry
Epatite A / <i>A hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>		
Epatite B / <i>B hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>		
Tetano / <i>Tetanus</i>	<input type="checkbox"/>		
Polio / <i>Poliomyelitis</i>	<input type="checkbox"/>		
Febbre tifoide / <i>Typhus fever</i>	<input type="checkbox"/>		
Colera / <i>Cholera</i>	<input type="checkbox"/>		
Influenza / <i>Influenza</i>	<input type="checkbox"/>		
Morbillo / <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/>		
Difterite / <i>Diphtheria</i>	<input type="checkbox"/>		
Malattia meningococcica / <i>Meningococcus disease</i>	<input type="checkbox"/>		
Febbre gialla / <i>Yellow plague</i>	<input type="checkbox"/>		
Encefalite giapponese / <i>Japanese encephalitis</i>	<input type="checkbox"/>		
Encefalite da zecche / <i>Tick-borne encephalitis</i>	<input type="checkbox"/>		
Rabbia / <i>Rabies</i>	<input type="checkbox"/>		
Malaria / <i>Malaria</i>	<input type="checkbox"/>		

Allergie.....

*Allergie*

Intolleranze.....

*Intolerance*

Gruppo sanguigno .....

*Blood type*

Malattie .....

*Illness*

**CONTATTI UTILI / USEFUL CONTACTS**

Medico curante .....

*Own doctor*

Persone da contattare in emergenza (telefono): .....

*People to contact in case of emergencies (telephone)*

**ANAMNESI / MEDICAL HISTORY**

---



---



---



---

**Dati medici da compilare prima della partenza / Medical data to fill before departure**

**Terapie in atto / Therapies in use**

Medicinale / Drug	Principio attivo / Active ingredient



Pagina lasciata intenzionalmente vuota  
(per poter staccare l'action card nel retro)