

ASP-Palermo Distretto Sanitario n° 36 Misilmeri

Progetti di prevenzione in ambito scolastico

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E DEL D.Lgs n. 196/03.

Io sottoscritto/a nato/a
il ___/___/___ residente a in
via..... E-mail
tel. o cellulare, genitore/tutore dell'alunno/a
..... nato il ___/___/___ a
prov C.F. residente a
prov via

frequentante la classe sez. della scuola
del comune di.....

medico curante.....
e-mail del curante.....
tel. del curante

AUTORIZZO

Il personale sanitario della ASP di Palermo (Distretto 36 di Misilmeri) a sottoporre mio figlio/a.....agli screening in età scolare "ispezione del cavo orale (individuazione di carie/malocclusioni macroscopiche) - screening oculistico (valutazione visiva tramite ottotipo) - screening auxologico (rilevazione peso e altezza)" - screening ortopedico (visita ortopedica della colonna vertebrale) da effettuare in ambito scolastico.

ESPRIMO

Liberamente ai sensi della legge 675/96 e del D.Lgs n.193/03 e successive modifiche, il mio consenso alla raccolta dei dati personali ,al fine degli atti consequenziali derivanti dall' adempimento dei compiti d'istituto.

Da allegare copia carta di identità di entrambi i genitori.

Data.....

Firma mamma

Firma papà