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)" - 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