

PROGETTO IGIENE ORALE E PREVENZIONE

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E PER IL TRATTAMENTO DATI

I sottoscritti (nome e cognome di entrambi i genitori)

☐ genitori ☐ tutori ☐ altro

del minore Nome _____ Cognome _____

Dichiarano di essere stati convenientemente informati sulle modalità di svolgimento dell'attività di screening della colonna vertebrale, effettuata senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi e nel rispetto delle misure anticovid.

AUTORIZZANO

che lo stesso venga sottoposto a screening odontoiatrico, volto a valutare la propria salute dentale.

Lo screening non ha un'accuratezza assoluta e non sostituisce in ogni caso una visita medico-specialistica, eventualmente raccomanda. Inoltre, sono consapevoli e accettano il fatto che ogni metodica di screening, presupponga la possibilità che non vengano rilevati problemi anche se presenti o che vengano ipotizzati problemi anche se in realtà non presenti.

Data.....1° Firma

Data2° Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

II/I sottoscritto/i ☐ genitore/i ☐ tutore/i come sopra individuati ed identificati, autorizzano altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Pertanto, con la compilazione e l'apposizione della firma si esprime il Consenso al trattamento dei dati personali descritti.

Data.....1° Firma

Data.....2° Firma