

CONSENSO INFORMATO

Vista la nota Prot. N..... del..... e l'informativa sulla privacy,

I sottoscritti _____ e _____

Genitori/tutori di _____ tel. _____

acconsentono che il/la figlio/a della classe _____ sez. _____ venga sottoposto a Screening oculistico a

titolo gratuito da effettuarsi presso i plessi dell'I.C. "F.Vivona" si no (segnare con x la voce scelta)

firma del Padre _____ firma della Madre _____

Se è presente un solo genitore, questi dichiara che il genitore non presente è informato ed entrambi
acconsentono al trattamento dei dati personali del minore.

Calatafimi Segesta

Firma