

Club Costiera Amalfitana

a.r. 2024/2025 - Presidente: AMALIA PISACANE

ROTARY CLUB COSTIERA AMALFITANA

SENSIBILIZZAZIONE ALLA SANA ALIMENTAZIONE: *Promuovere Salute e Prevenzione tra gli Studenti delle Scuole Secondarie di Primo Grado della Costiera Amalfitana*

CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI

Io sottoscritto/a _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residente a _____ Provincia _____ Via _____
Cap _____
Documento di Identità: _____ Nr. _____
Rilasciato il _____ da _____ Codice Fiscale: _____
Recapiti: Telefono: _____ e-mail: _____
e _____

Io sottoscritto/a _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residente a _____ Provincia _____ Via _____
Cap _____
Documento di Identità: _____ Nr. _____
Rilasciato il _____ da _____ Codice Fiscale: _____
Recapiti: Telefono: _____ e-mail: _____

Genitore/i o Tutore/i di _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Documento di Identità _____ Nr. _____
Rilasciato il _____ da _____

DICHIARO/A

di aver preso visione e ricevuto copia informativa del progetto del ROTARY CLUB COSTIERA AMALFITANA titolato "SENSIBILIZZAZIONE ALLA SANA ALIMENTAZIONE: *Promuovere Salute e Prevenzione tra gli Studenti delle Scuole Secondarie di Primo Grado della Costiera Amalfitana*", di aver compreso e valutato tutti gli aspetti del progetto e di aver compreso l'utilità e le finalità del progetto e degli esami ematici, su base volontaria, in esso richiamati, avendo ricevuto le ulteriori risposte ed informazioni richieste.

Sono informato e consapevole che:

- gli esami ematici sono su base volontaria e gratuiti
- gli esami ematici verranno eseguiti da laboratorio specializzato che effettuerà i prelievi con personale medico in camper medico dedicato che sosterrà, nel giorno prestabilito, dinanzi l'ingresso della scuola
- il minore deve essere accompagnato dal genitore o tutore presso il punto di prelievo che sarà allestito davanti la scuola
- i risultati degli esami (in forma anonimizzata) verranno utilizzati per valutazioni statistiche del progetto
- i risultati degli esami verranno inviati presso indirizzo e-mail del genitore o tutore

Pertanto:

ACCONSENTO

AL PRELIEVO EMATICO DEL MINORE O DELLA PERSONA TUTELATA ED ALL'USO IN FORMA ANONIMIZZATA DEI RISULTATI PER FINI STATITICI DEL PROGETTO.

Club Costiera Amalfitana

a.r. 2024/2025 - Presidente: AMALIA PISACANE

COMUNICO

che la **e-mail** a cui inviare i risultati degli esami ematici è la seguente: _____

DICHIARO

inoltre di voler rendere partecipe dei risultati il/la Dott./ssa _____ il cui
recapito di posta elettronica è il seguente: _____

Sono consapevole che il trattamento dei miei dati personali e particolari sono trattati ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a) del Reg. EU 2016-679.

I dati non saranno diffusi o ceduti a terzi ed utilizzati unicamente per le finalità correlate al progetto

Data ____/____/____

Firma del/i genitore/i o tutore/i*:

a) _____

b) _____