



COMPILAZIONE A CURA DEL GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore di

*cognome _____

nome _____

data di nascita _____ età _____

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "*idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*":

- ☐ presta il suo consenso allo svolgimento della visita medica come indicato nell'informativa.
- ☐ presta il suo consenso per il trattamento dei dati e la loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa.
- ☐ presta il suo consenso per la diffusione dei dati a livello statistico nell'ambito indicato nell'informativa.

Firma leggibile

* cognome e nome del bambino che si sottopone alla visita.