



REGIONE SICILIA
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
 RAGUSA :
 CENTRO DI OFTALMOLOGIA
 0932 740133

AUTORIZZAZIONE A PRESTAZIONI SANITARIE E CONSENSO AL TRATTAMENTO
 DEI DATI SENSIBILI

Il/ La sottoscritto/a.....
 Genitore dell'alunno/a.....
 Nato/a a.....il.....residente a.....
 in via.....n°.....frequentante la classe.....
 della scuola.....
 Codice Fiscale.....tel.....

A U T O R I Z Z A

L'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus), previste dal DPR n.° 1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass: Reg: Sanità n.° 583 del 1991, nonché dai programmi di prevenzione Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'arco dell'anno scolastico in corso.

Firma del genitore o
 Dell'alunno/a (se maggiorenne)

Data. _____

Preso atto che il trattamento dei dati sensibili sarà effettuato comunque nei limiti posti dalla legge Sulla privacy, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza, fermo restando la tutela del segreto professionale,

E S P R I M E

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi de D. Lgs: 196 del 2003 e successive modificazioni e integrazioni) che riguardano il/la proprio/a figlio/a ai fini dell'attività sanitaria correlata all'oggetto delle prestazioni nonché per fini statistici,epidemiologici, di ricerca scientifica e comunque nell'ambito di finalità istituzionali.

Data. _____

firma del genitore o
 Dell'alunno/a (se maggiorenne)