

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Screening logopedico

Istituto scolastico: _____

Classe/Sezione: _____

Alunno/a: _____

Data di nascita: ____/____/____

Trattamento dei dati personali

I dati personali e le informazioni raccolte durante lo screening saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di privacy. Essi saranno utilizzati esclusivamente per finalità connesse all'organizzazione dello screening e alla comunicazione dell'esito ai genitori/tutori.

Consenso alla partecipazione

Il/La sottoscritto/a Genitore/Tutore dell'alunno/a: _____

- ☐ ACCONSENTO alla partecipazione di mio/a figlio/a allo screening logopedico e ortodontico.
- ☐ NON ACCONSENTO alla partecipazione di mio/a figlio/a allo screening logopedico e ortodontico.

Consenso al trattamento dei dati personali

Dopo aver preso visione dell'informativa privacy allegata:

- ☐ ACCONSENTO al trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento dello screening.
- ☐ NON ACCONSENTO al trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento dello screening.

Firma

Luogo e data: _____

Firma del Genitore/Tutore: _____