

**Consenso Informato per giornata di Prevenzione Cardiovascolare presso l'istituto I.M. Licei "Tommaso Campanella" da parte dei Dottori G. Ventura, F. Rosselli, G. Bencardino**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_

**Acconsento**

All'effettuazione di visita Cardiologica ed Elettrocardiogramma con valutazione dei parametri vitali che verrà effettuato in data \_\_\_\_\_ da uno dei signori medici (Dr G. Ventura, Dr F. Rosselli, Dr G. Bencardino), coadiuvati dal proprio staff.

Le prestazioni che verranno effettuate non comportano **nessun** costo a carico dell'alunno o dell'istituto scolastico, in quanto completamente a carico dei sig.ri medici che effettueranno il servizio.

**Acconsento**

Alla raccolta dati durante le prestazioni mediche, i quali saranno raccolti e conservati in maniera anonima, al solo scopo di studio osservazionale e statistico.

Informati di tutto ciò, io sottoscritto, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsento alla prestazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico esecutore

\_\_\_\_\_