

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

Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre) _____
nato a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____ Documento n° _____

Io sottoscritta (madre) _____
nata a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____ Documento n° _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____

Acconsentono

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.

Il referto verrà consegnato all'alunno che lo consegnerà ai propri genitori.

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.

Nell'eventualità di riscontro di anomalie durante le prestazioni sopra elencate, i familiari dell'alunno verranno convocati dall'istituto e/o dai sig.ri medici per colloquio personale ed in forma privata.

Acconsentono

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, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

Firma del medico esecutore

Luogo e data
