

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di COSENZA _____

Responsabile: Dott.ssa CINZIA VALENTE

Al Dirigente di Istituto comprensivo statale Mangone-Grimaldi

Ai genitori degli studenti

Nell'ambito della Medicina Preventiva Il Centro di Oftalmologia Sociale dell'A.S.P. di Cosenza sito in contrada Serraspiga, Via Enrico Berlinguer tel. 0984 8933730 intende promuovere uno screening oculistico per i bambini dell'Istituto comprensivo statale di Mangone-Grimaldi.

Con la presente si intende richiedere ai genitori l'autorizzazione ad eseguire al proprio figlio tale screening.

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO _____

Scuola _____ Classe e sezione _____

Per presa visione e rilascio del consenso

IL GENITORE

NOME E COGNOME (STAMPATELLO) _____

FIRMA _____

Luogo e data _____

Note _____

Informativa e rilascio del consenso ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003

Il Centro di Oftalmologia Sociale dell'A.S.P. di Cosenza informa i genitori che i dati personali e sensibili degli alunni saranno utilizzati nel rispetto delle norme sulla privacy contenute nel D.Lgs. 196/2003, per le finalità proprie delle attività sanitarie suddette. Il trattamento e la comunicazione dei dati avverrà mediante strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Si informano inoltre i genitori che:

- Il Titolare dei trattamenti è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, rappresentata dal Direttore Generale.
- Il Responsabile dei trattamenti è la dr.ssa Cinzia Valente.
- I genitori possono esercitare i diritti previsti dall'articolo / del D.Lgs. 196/2003 presentando istanza al responsabile dei trattamenti mediante apposito modulo che può essere ritirato presso l'Ufficio Privacy, sito in Via Calabria n°38 tel 0984-793621. In Particolare La legge consente all'interessato di accedere alle informazioni che si desidera avere, conoscere modalità e finalità del trattamento, chiedere la cancellazione, il blocco o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati, opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiedere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati.

PER PRESA VISIONE E RILASCIO DEL CONSENSO

FIRMA DEL GENITORE _____

Per registrazione dello screening è necessario fornire i seguenti dati

Studente COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

NAZIONALITA' _____ Codicefiscale _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

N° _____

NOME DI UN GENITORE _____ CELLULARE _____

NB.: è obbligatorio la firma del genitore sia al consenso per lo screening sia per la legge sulla privacy