

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E PER IL TRATTAMENTO DATI

I sottoscritti ................................................................................. e ……………………………………………….

Nato a .................................................................................il ....................................

Nato a .................................................................................il ....................................

Grado di Parentela...............................................................del minore:

Nome ...............................................................

Cognome ............................................................. Classe ……………………………………..

Dichiariamo di essere stati convenientemente informati sulle modalità di svolgimento della attività di screening dell’ambliopia (occhio pigro) effettuata senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi.

AUTORIZZIAMO

che lo stesso venga sottoposto a screening dell’ambliopia, volto a identificare i fattori di rischio che potrebbero evolvere in disturbi visivi importanti. Lo screening non ha un'accuratezza assoluta e non sostituisce in ogni caso una visita medico-oculistica e ortottica, necessaria per un controllo completo del sistema visivo del bambino. Inoltre, sono consapevole e accetto il fatto che ogni metodica di screening presupponga la possibilità che non vengano rilevati problemi anche se sono presenti (falsi negativi) o che vengano ipotizzati problemi anche se in realtà non presenti (falsi positivi).

Data...........................................................Firma ...................................................................................................................

 Firma…………………………………………………………………………….

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) La informiamo che i dati raccolti durante lo screening in oggetto saranno conservati ai soli fini statistici in forma anonima e non saranno riconducibili in modo diretto o indiretto al presente consenso. Ogni informazione riportata nella presente scheda sarà conservata separatamente dallo screening in oggetto per la sola finalità di raccogliere il consenso allo svolgimento informato per l’attività svolta e non saranno in alcun modo cedute a terzi. Le schede contenenti il consenso informato saranno conservate per un tempo massimo di 24 mesi ed in seguito distrutte. Il Titolare del Trattamento è il Lions Club di Vibo Valentia

Pertanto, con la compilazione e l’apposizione della firma Lei esprime il Consenso al trattamento dei dati personali ed ai trattamenti descritti

I sottoscritti ..........................................................................................................................................................................

Data...........................................................Firma .................................................................................................

 Firma………………………………………………………………

*Dott.ssa Mimma Schiavello specialista in oftlmologia cell 349 5595210 e-mail schiavello.mimma@libero.it*