



Allegato 1

Roma, _____

Io sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ che è nato/a il _____ e frequenta la classe

informato sui diritti e sui limiti di cui al GDPR 679/2016, concernenti “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, esprimo il mio consenso ad eseguire il controllo elettrocardiografico per identificare eventuali alterazioni cardiache congenite che potrebbero causare gravi aritmie nel soggetto che ne sia portatore, e autorizzo i medici specializzati al trattamento dei dati personali di mio figlio/a, esclusivamente ai fini di diagnosi e prevenzione.

Recapito telefonico Indirizzo mail..... (In stampatello)

Firma _____

Firma _____

Rispondere, se si vuole, ai seguenti quesiti:

Il/la Studente/ssa:

1) Ha già effettuato un elettrocardiogramma? Sì No

2) Svolge attività sportiva? Sì No

Se sì, quale?