SCREENING GRATUITO APPARATO UROGENITALE

MODULO DI CONSENSO INFORMATO E PER IL TRATTAMENTO DATI

I sottoscritti (nome e cognome di entrambi i genitori) ……..……..

……...……...…….

del minore

Nome …… Cognome …….

Dichiarano di essere stati convenientemente informati sulle modalità di svolgimento della attività di screening all'apparato urogenitale, effettuata senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi.

AUTORIZZANO

che lo stesso venga sottoposto a screening all'apparato urogenitale, volto a identificare i fattori di rischio che potrebbero evolvere in disturbi importanti. Inoltre, sono consapevoli che lo screening, effettuato a titolo gratuito, è finalizzato al solo riconoscimento precoce di eventuali problematiche.

Data ..... 1° Firma.....

Data ..... 2° Firma.....

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) Vi 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.

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

Data ..... 1° Firma.....

Data ..... 2° Firma.....