



S.C. Oculistica Borgomanero

Direttore: Dott.ssa G. Abbiati
Tel. 0322848807
mail: oculistica@asl.novara.it

**CONSENSO ALL'ADESIONE AL
PROGETTO PREVENZIONE
AMBLIOPIA**

CODICE:
074/Mod/22/Rev.0

Io sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale congiunta esclusiva

del minore (*cognome e nome*) _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

informato/a sulle modalità di svolgimento dell'attività di prevenzione dell'ambliopia

acconsento

non acconsento

affinchè il minore venga sottoposto alla valutazione ortottica per la prevenzione dell'ambliopia, volta a identificare i fattori di rischio che potrebbero evolvere in disturbi visivi importanti.

L'esito o le indicazioni per prenotare la valutazione ortottica in caso d'assenza del bambino Le verranno consegnate in busta chiusa dagli educatori della scuola dell'infanzia.

Inoltre, letta e compresa l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR", pubblicata anche sul sito <https://www.asl.novara.it>, e consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

acconsento

non acconsento

affinchè i dati relativi all'esito della valutazione ortottica per la prevenzione dell'ambliopia vengano comunicati al Pediatra di Libera Scelta di seguito indicato

Dott. / Dott.ssa (*cognome e nome*) _____

Luogo e data _____

Firma _____