



“MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI”

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

ENTE DEL TERZO SETTORE

WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT

INSIEME CON IL CUORE



MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ residente a _____

Prov. (_____) Via _____

Nr. _____ Recapito Telefonico: _____

GENITORE **TUTORE** **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**

del/la minore _____

nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____:

AUTORIZZO l'esecuzione di un elettrocardiogramma, a titolo gratuito, da parte degli operatori dell'Associazione "Movimento per la Salute dei Giovani", nel contesto dell'iniziativa denominata "INSIEME CON IL CUORE".

AUTORIZZO la refertazione dell'ECG, che sarà eseguita da uno dei seguenti Cardiologi:

Dr. Maurizio Mongiovì, Dr. Giovanni Fazio, Dr. Annalisa Alaimo, Dr. Sabrina Spoto e Dr. Fabrizia Centineo.

ACCONSENTO (SI) (NO)

la ricezione di notizie inerenti le attività sociali dell'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo, richiesto dall'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani", saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle attività sociali dell'Associazione.
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è l'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

LUOGO _____

DATA _____

FIRMA
