**AUTORIZZAZIONE ALLO SCREENING OCULISTICO**

Il sottoscritto padre / madre / tutore

di…………………………………………………, nato/a il e

residente a…………………………..in via……………………………………

telefono…………………………………………

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a screening gratuito oculistico

Aversa, ………………………….. Firma

…………………………………………..

Dati del Firmatario

Cognome……………………………………………………Nome……………………………………………

Luogo di nascita……………………………………..….Data di nascita…………………………………..

Telefono………………………………….

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO N.196/2003

Si autorizza, ai sensi del DLGS n. 196\2003, il trattamento dei dati sensibilie personali sopra riportati, che saranno raccolti nell’assoluto rispetto della riservatezza, ai soli fini amministrativi, con le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Aversa, ……………………………. Firma

…………………………………..