

AUTORIZZAZIONE MINORE**PROGETTO ANDROLOGIA PEDIATRICA****MODULO PER MINORENNI - LIBERATORIA** (partecipante
minorenne):

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in Via _____ N°Civico _____

Città _____ Prov. _____ Cap. _____

AUTORIZZAZIONE DI UN GENITORE

Io sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

Padre/Madre di _____ classe _____

AUTORIZZO

mio figlio a partecipare a un incontro e a una breve visita andrologica, presso l'Istituto Liceo Scientifico e Linguistico Statale 'G. Marconi', via dei Narcisi 5, Milano, che verranno coordinati per libera adesione dello studente in modo individuale e autonomo, dal Personale della Fondazione di Andrologia Pediatrica e dell'Adolescenza e dal personale sanitario dell'Unità di Andrologia Pediatrica e dell'Adolescenza dell'Ospedale San Paolo, Polo Universitario di Milano, alla quale si farà riferimento in caso emergano esigenze diagnostico-terapeutiche.

Firma del genitore* _____

** Nel caso firmi un solo genitore, egli/ella dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale*

Liberatoria Privacy:

Si autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto disposto dal D. lgs. 196/2003 in materia di tutela dei dati personali

Firma del genitore _____