



## SO.SAN. LIONS LAMEZIA VALLE DEL SAVUTO

*L.C. Diamante Alto Tirreno e Belvedere M.mo Riviera dei Cedri*

### MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tipo di

trattamento: visita oculistica ( Ambliopia)

Durata del trattamento:

10'

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Mail ( se posseduta) \_\_\_\_\_

TUTORE del minore \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

DICHIARO DI : aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti (riportate nel foglio informativo che mi è stato consegnato):

- sulle caratteristiche
- sulle alternative terapeutiche
- sui potenziali benefici
- sugli eventuali rischi e complicanze del TRATTAMENTO sopra specificato.

DICHIARO INOLTRE DI: aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto; aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti ;

- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il Trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto; aver avuto il tempo sufficiente per decidere; essere consapevole che la decisione di accettare il Trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento ;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato; che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al responsabile del trattamento dei dati : \_\_\_\_\_.

Pertanto:  ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DEL TUTORE IN STAMPATELLO \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

FIRMA del responsabile dei dati