

CONSENSO INFORMATO

(Il genitore- madre o padre)

Io sottoscritto/o.....
Nato ila
Residente nella città
Cellulare (necessario per ricevere gli SMS di E.A.T.)
E-mail

avendo letto attentamente le informazioni sopra riportate, consento che mia/o figlia/o

(L'alunno)

Nome : Cognome
Nato il a
Classe.....
Cellulare del figlio/a (se provvisto di cellulare, altrimenti scrivere NO)
E-mail

partecipi al Progetto E.A.T. - EDUCAZIONE ALIMENTARE TEENAGERS

acconsento in particolare alla rilevazione delle sue misure antropometriche (peso, altezza, circonferenza vita), alla somministrazione di questionari specifici, e alla sua educazione alla corretta alimentazione e corretto stile di vita secondo il progetto E.A.T. creato dal Policlinico San Donato.

Autorizzo, per gli scopi di questo programma, il trattamento dei dati nel rispetto delle norme vigenti e secondo l'informativa d.lgs. 196/2003.

DATA.....

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/ TUTORI/ LEGALI RAPPRESENTANTI

Firma.....

Firma.....