DIPARTIMENTO

DI SANITÀ PUBBLICA

E MALATTIE INFETTIVE



**CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI CON MINORI**

Il Dipartimento di Igiene e Medicina Preventiva dell’Università di Roma La Sapienza, piazzale Aldo Moro 5, coordinato dal Prof. Giuseppe La Torre, prima di svolgere l’intervento a favore del minore (nome, cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, informa i genitori di quanto segue:

* Si tratta di un intervento di promozione alla salute; l’obiettivo è incrementare le conoscenze sui corretti stili di vita, in particolare sull’importanza dell’attività fisica, nei bambini di età compresa tra i 5-10 anni attraverso l’utilizzo del gioco come strumento educativo;
* Verrà eseguito nell’orario scolastico. Complessivamente verrà svolta una presentazione orale e seguiranno delle giornate di gioco;
* In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l’esonero del proprio figlio, in tal caso si impegnano a comunicarlo all’insegnante referente;
* Nel rispetto del Codice Deontologico dei Medici Chirurghi ogni informazione ottenuta sarà in forma anonima in accordo al trattamento dei dati personali e sensibili.

In quanto genitori del/della minore (nome e cognome) …………………………..………………….....………

Io sottoscritto/a (nome e cognome) …………...…………………………………………………………...…… identificato/a mediante documento: …………………….…..............… n°.........…...……………...... rilasciato da …………………………...................................... il………….............….......………

Io sottoscritto/a (nome e cognome) ……………………………………………………………………......…… identificato/a mediante documento: …………………….…..............… n°.........…...………....…….. rilasciato da …………………………................................... il……………........................………

oppure

In quanto tutore del/della minore (nome e cognome) …………………………………………………….... . in ragione di (indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero) ................. …………………………………………………………………………………………………………………

dopo avere ricevuto l’informativa di cui sopra esprimiamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell’intervento come sopra sintetizzato.

Data………………………………. Firme …………………………………………… ……………………………………………….