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, prima di svolgere l’intervento coordinato dal Prof. Giuseppe La Torre, a favore del minore (nome e cognome del bambino) ...........……………..………………….....…...........................……........ informa di quanto segue:

* Si tratta di un intervento di promozione alla salute, il cui obiettivo è incrementare le conoscenze sui corretti stili di vita, in particolare sensibilizzare alla tematica della prevenzione della dipendenza e dell’abuso alcolico nei bambini di età compresa tra 8-10 anni.
* Verrà eseguito nell’orario scolastico. Complessivamente sono previsti quattro momenti di attività della durata di circa due ore. Nel primo verrà fornita ai bambini una presentazione orale relativa all’argomento trattato, e negli altri tre i bambini nel contesto della propria classe verranno coinvolti in giochi educativi inerenti al tema dell’alcol.
* 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 genitore del/della minore

OPPURE

In quanto tutore in ragione di (indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero) ........................................……………………………………………………………………....................................…………

-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 ................................…

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

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