

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO: Screening dell'Ambliopia

**Dati del minore:** Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

**Dati del genitore o tutore legale:** Nome e Cognome:  
\_\_\_\_\_

Telefono di contatto: \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a, in qualità di genitore/tutore del minore sopra indicato:

1. **Dichiara** di aver preso visione dell'informativa relativa allo screening per l'ambliopia e di averne compreso la finalità, le modalità di svolgimento e la natura non invasiva.
2. **È consapevole** che lo screening ha finalità puramente preventiva e non sostituisce una visita oculistica specialistica completa.
3. **Autorizza** l'esecuzione dello screening per l'ambliopia sul minore.
4. **Esprime il consenso** al trattamento dei dati personali del minore strettamente necessari alle finalità della procedura, nel rispetto del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Si prega di barrare la scelta:**

Acconsento allo svolgimento dello screening.

Non acconsento allo svolgimento dello screening.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore: \_\_\_\_\_