

**DICHIARAZIONE AUTORIZZATIVA DEL CONTROLLO VISIVO
(da consegnare alla scuola)**

Il sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____

nato/a il _____ e frequentante la Sezione ___ della scuola _____

di _____; avuta piena conoscenza e consapevolezza dell'iniziativa di prevenzione dei disturbi visivi in bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e/o primaria,

DICHIARA:

- di aderire liberamente all'iniziativa suddetta, in corso da parte della Sezione Italiana della Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità;
- di consentire che il proprio/a figlio/a venga sottoposto/a al controllo visivo effettuato gratuitamente e senza tecniche invasive, che non si sostituisce ad una visita oculistica completa;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nei termini e con le limitazioni stabilite dall'art. 13, 14 del Regolamento europeo 679 del 2016 per la tutela della privacy.

acconsento

non acconsento

Data, _____

In fede