

MODULO PER ADESIONE ONLINE

IL CUORE DEI GIOVANI –Progetto di Prevenzione per gli alunni delle scuole

L'Associazione "Cuore di Sport" si avvale per la parte medico-sanitaria di sanitari del Pol. Tor Vergata di Roma, Pol. Umberto I di Roma
Polo Universitario Sant' Andrea di Roma - Ospedale Lazzaro
Spallanzani di Roma .

ELETTROCARDIOGRAMMA PER GLI ALUNNI. Lo svolgimento dello screening avverrà all'interno del plesso scolastico di appartenenza, (in locali concordati con l'Istituto ed adibiti allo screening) nelle ore di lezione e senza interruzione dell'attività didattica. **Si ricorda che per motivi di privacy, all'interno delle sale screening e durante lo svolgimento dello stesso, è vietato l'uso cellulari e di tutti i dispositivi di video ripresa.**

Gli elettrocardiogrammi, con relativo tracciato, saranno poi consegnati ai tutti i partecipanti entro 10 gg dallo screening.

SENZA IL TUO AIUTO NON POSSIAMO FAR NULLA! GRAZIE di CUORE

Il progetto "IL CUORE DEI GIOVANI" ringrazia in anticipo chi vorrà donare un **contributo volontario** , (da parte delle famiglie o alunni se maggiorenni) **per ogni elettrocardiogramma eseguito, con una donazione volontaria di € 7,00 (sette euro)** da corrispondere, da parte del genitore , unitamente alla consegna del presente modulo di consenso.

Ricordiamo che il contributo è assolutamente volontario e non legato alla adesione del progetto e relativo screening. Il ricavato è destinato alla lotta "Contro la morte cardiaca nei giovani". Le quote di donazione volontarie, verranno ritirate da parte dell'Associazione, il giorno previsto al ritiro dei moduli di consenso/autorizzazione o tramite bonifico a :

Beneficiario: **Associazione Cuore di Sport**

Causale : **Contributo volontario Progetto "Il Cuore dei Giovani"**

Iban: **IT 72P083 2703 2510 0000 0001 579**

MODULO DI CONSENSO – PRIVACY (è necessaria la firma di entrambi i genitori)

I sottoscritti.....genitori/tutori
dell'alunna/o (Nome).....(Cognome)..... Nata/o
il.....ISTITUTO

Plesso.....classe.....sez.....

Recapito telefonico Indirizzo mail.....

Re-inviare il modulo, entro 5 giorni

Data.....

Firma

Informati sui diritti nel rispetto della privacy di cui alla legge art.13 di regolamento Europeo 679/2016 ed il successivo d.lgs 101/2018 , concernenti "la nuova tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", esprimo il mio consenso ad eseguire il controllo elettrocardiografico ed autorizzo l'Associazione Cuore di Sport al trattamento dei dati personali di mio figlio/a, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura, prevenzione e ricerca (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi).

nel caso in cui fosse impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori sottoscrivere la seguente dichiarazione:

il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità', ai sensi del dpr 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data.....

Firma.....

COMPILARE IL MODULO , in tutte le sue parti, avendo cura di scrivere in modo chiaro e leggibile, possibilmente in stampatello ed re-inviare lo stesso a : cuoredisportcds@gmail.com