

MODULO DI CONSENSO A PARTECIPARE ALL'INDAGINE CONOSCITIVA SUI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI DIPENDENZE DELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA DELLA
PROVINCIA, CONDOTTA DAL SER.T. DELL'ASP DI RAGUSA- U.O.C. DIPENDENZE PATOLOGICHE

Progetto "Scuole che promuovono salute" (PP04) - Ser.T. Asp di Ragusa

PER ALUNNI MINORENNI

La Sig.ra _____ madre (o Tutore) del minore _____

nata a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

c

Il Sig. _____ padre (o Tutore) del minore _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

dichiarano di aver preso visione della circolare n. 396 del 20/4/16 e decidono con piena consapevolezza:

- ☐ di prestare il proprio consenso alla compilazione del questionario anonimo da parte del proprio figlio
☐ di non prestare il proprio consenso alla compilazione del questionario anonimo da parte del proprio figlio

Luogo e data _____

firma madre/tutore _____

Luogo e data _____

firma padre/tutore _____

E' necessaria la firma di entrambi i genitori/tutori