



Il/La sottoscritto/a.....

genitore dell'alunno/a.....

nato/a.....il.....e residente

a..... in via.....

presta il consenso per effettuare una visita odontoiatrica gratuita presso il CENTRO MEDICO OMNIS SRL con sede a Buddusò, in via IV Novembre 46.

Per qualunque comunicazione autorizza il personale sanitario ad essere contattato al seguente

numero.....

Il/La sottoscritto/a, genitore unico firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

I dati rilasciati sono utilizzati dal CENTRO MEDICO OMNIS SRL nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal D-lgs.196 del 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento(UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.

Buddusò.....

Firma

.....