



Città di Bresso

**Croce Rossa Italiana
Comitato di Bresso - ODV
Area 1: Prevenzione**



Croce Rossa Italiana

“Salute nella Scuola”

SI PREGA DI RICONSEGNARE QUESTO FOGLIO COMPILATO

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA

Croce Rossa Italiana – Comitato di Bresso – ODV (“**CRI Bresso**”), attraverso le figure professionali all’uopo individuate, ai fini della fornitura delle prestazioni professionali in favore del minore

Cognome _____ Nome _____

appartenente alla Scuola di Via _____, nato a _____

Prov _____, il ___/___/_____, Classe _____ Anno Scolastico 20____ - 20_____ e residente

a _____

fornisce le seguenti informazioni:

- alle famiglie è stato fornito un documento illustrativo del progetto “Salute nella Scuola”, al quale il presente modulo è allegato;
- il personale medico e volontario di CRI Bresso effettuerà il trattamento sanitario una volta l’anno, in data che verrà precedentemente comunicata, presso i locali della scuola e durante l’orario scolastico, senza la presenza dei genitori/amministratori di sostegno/tutori come meglio definito nel progetto “Salute nelle Scuole” presentato alla famiglia;
- in qualunque momento i genitori/amministratori di sostegno/tutori del minore possono revocare l’adesione al Progetto. Al fine di permettere il miglior risultato dello stesso, avranno cura di comunicare tale intenzione a CRI Bresso;
- il professionista, qualora lo ritenga opportuno, potrà consigliare ai genitori/amministratori di sostegno/tutori del minore la consultazione del medico di base o l’intervento di uno specialista.

Letto attentamente quanto riportato nella presenta informativa, io sottoscritto/a, a nome e per mio conto e in qualità di genitore / esercente la responsabilità genitoriale / amministratore di sostegno / tutore legale del minore sopra indicato, dichiaro di aver compreso, anche a seguito del colloquio esplicativo con il personale di CRI Bresso, il contenuto del progetto “Salute nella Scuola” e la portata delle visite che verranno effettuate al minore che rappresento. Pertanto, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale/rappresentanza legale conferita:

ACCONSENTO **SI** **NO**

a che il minore sia visitato da Croce Rossa Italiana – Comitato di Bresso - ODV, attraverso le figure professionali da questo designate (a titolo esemplificativo, medici regolarmente iscritti all’albo professionale di categoria e personale volontario Croce Rossa) nell’ambito del progetto “Salute nella Scuola” come sopra descritto.

Ai sensi dell’art.316 c.c. la responsabilità genitoriale spetta ad entrambi i genitori congiuntamente e, dunque, entrambi devono essere coinvolti ed a conoscenza del Progetto. Pertanto, se è presente la firma di un solo genitore, lo stesso dichiara di essere consapevole delle norme in materia di responsabilità genitoriale del minore.

Firma (madre) del minore

Firma (padre) del minore

Firma (tutore) del minore

www.cribresso.org

**Un’Italia
che aiu+ta**

Responsabile del Progetto
Dott.ssa Sara Nicoli

Associazione della Croce Rossa Italiana
Comitato di Bresso - ODV
Via Simone De Gatti, 3 - 20091 Bresso
bresso@cri.it 02 6107368
C.F. e P.IVA 08479060967
IBAN: IT 31J062303262000015161903