



Associazione Nazionale Privi della Vista e Ipovedenti
APS-ETS

SEDE PROVINCIALE CAGLIARI

Via La Nurra n. 2 - 09121 Cagliari - Tel. 070/403295 - Cell. 3343631205
E-mail: anpvicagliari@gmail.com - cagliariapsets@anpvionlus.it - C.F.
02204080929

CAMPAGNA “LA PREVENZIONE È LA MIA VISIONE”

AUTORIZZAZIONE ALLO SCREENING VISIVO DEL MINORE

Il/La sottoscritto/a, in qualità di GENITORE/TUTORE esercente la responsabilità genitoriale:

Cognome e nome _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

DEL MINORE

Cognome e nome _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Scuola/Istituto _____ Classe/Sezione _____

AUTORIZZA E ACCONSENTE

che il/la proprio/a figlio/a sia sottoposto/a allo screening visivo sopra descritto, nell'ambito della Campagna di Prevenzione “LA PREVENZIONE È LA MIA VISIONE” promossa dall'Associazione Nazionale Privi della Vista e Ipovedenti APS-ETS - Sezione Provinciale di Cagliari.

INFORMAZIONI SULLO SCREENING

Lo screening visivo ha lo scopo di individuare precocemente eventuali difficoltà o alterazioni della vista. Si tratta di un controllo di prevenzione e non sostituisce una visita oculistica completa. Qualora durante lo screening emergano elementi che richiedano ulteriori accertamenti, la famiglia sarà invitata a rivolgersi al proprio pediatra o a uno specialista oculista e/o ortottista.

Lo screening sarà svolto nell'ambito della Campagna di Prevenzione “LA PREVENZIONE È LA MIA VISIONE”:

Comune di _____ Istituto/Scuola _____

Sede/indirizzo _____

Data dello screening ____ / ____ / ____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Segnalare se nella famiglia sono presenti:

- Persone con difetti visivi prima dei 6 anni Sì ☐ No ☐
- Persone che hanno portato occhiali prima dei 10 anni Sì ☐ No ☐
- Casi di strabismo Sì ☐ No ☐
- Casi di gravi malattie agli occhi Sì ☐ No ☐

Sono presenti fattori di rischio?

- ☐ rosolia prenatale ☐ danni neurologici alla nascita ☐ malformazioni
☐ infezioni meningee o oculari dopo la nascita ☐ traumi cranici o oculari
☐ ossigenoterapia prolungata in periodo neonatale ☐ altro: _____

Il/la minore porta gli occhiali? Sì ☐ No ☐

Se sì, da quanto tempo?

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente autorizzazione è resa nel rispetto delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale e, ove necessario, con il consenso dell'altro genitore/tutore.

Data ____ / ____ / ____

Firma genitore/tutore _____

PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente, relativa allo svolgimento dello screening visivo e al trattamento dei dati personali, compresi i dati relativi alla salute del minore.

Acconsente al trattamento dei dati personali e dei dati relativi alla salute del minore, limitatamente alle finalità connesse all'organizzazione, allo svolgimento dello screening e alla comunicazione del relativo esito, secondo quanto descritto nell'informativa privacy.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI: Acconsento ☐ Non acconsento ☐

Data ____ / ____ / ____

Firma genitore/tutore _____

Firma altro genitore/tutore (ove richiesta) _____

Nota: il presente modulo deve essere consegnato unitamente all'informativa privacy completa predisposta dall'Associazione per la specifica campagna di screening.