**Consenso per il Servizio di prevenzione patologie odontoiatriche**

**Per gli studenti maggiorenni**

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’informativa prot. n. del 26/11/2019 del IIS „E.Ferrari“ Battipaglia relativa al servizio al servizio Prevenzione Patologie Odontoiatriche in collaborazione con la ASL di Battipaglia, consapevole che i miei dati saranno trattati nel rispetto di tutti i principi di legge, solo dal personale autorizzato e competente,

□ fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

□ NON fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

Battipaglia…………………

Firma per accettazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso per il Servizio di prevenzione patologie odontoiatriche**

**Per gli studenti maggiorenni**

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’informativa prot. n. del 26/11/2019 del IIS „E.Ferrari“ Battipaglia relativa al servizio al servizio Prevenzione Patologie Odontoiatriche in collaborazione con la ASL di Battipaglia, consapevole che i miei dati saranno trattati nel rispetto di tutti i principi di legge, solo dal personale autorizzato e competente,

□ fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

□ NON fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

Battipaglia………………………………………

Firma per accettazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso per il Servizio di prevenzione patologie odontoiatriche**

**Per gli studenti maggiorenni**

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’informativa prot. n. del 26/11/2019 del IIS „E.Ferrari“ Battipaglia relativa al servizio al servizio Prevenzione Patologie Odontoiatriche in collaborazione con la ASL di Battipaglia, consapevole che i miei dati saranno trattati nel rispetto di tutti i principi di legge, solo dal personale autorizzato e competente,

□ fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

□ NON fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio di Prevenzione Patologie Odontoiatriche.

Battipaglia………………………………………

Firma per accettazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_