

DISTRETTO OSPEDALIERO CT 3
Ospedale "Gravina e Santo Pietro" di Caltagirone

MODULO DI CONSENSO/DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE AL
PROGETTO

PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE "UNPLUGGED"

Io sottoscritto _____

(nome e cognome per esteso del genitore/ tutore del minore)

genitore/tutore di _____

(nome e cognome per esteso del minore)

non acconsento

acconsento

di far partecipare al progetto e allo screening mio/a figlio/a

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore _____