

**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 \_\_\_\_\_