

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

A.S. 2025/2026

---

Progetto: PREVENZIONE E CURA DELLE ALTERAZIONI MORFO FUNZIONALI DELLA COLONNA VERTEBRALE IN ETÀ EVOLUTIVA

In relazione al progetto "Prevenzione e cura delle alterazioni morfo funzionali dell'età evolutiva", proposto dal Rotary Club di Camerino e volto alla diagnosi preventiva dei dimorfismi della colonna vertebrale negli studenti e studentesse delle classi quinte delle scuole primarie dell'I.C. Betti,

i sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di esercenti responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_, classe 5^A del plesso \_\_\_\_\_,

nel prestare il loro consenso affinché quest'ultimo sia sottoposto ad apposito esame visuo-posturale, dichiarano di essere stati informati:

- che il trattamento dei dati sanitari verrà effettuato con modalità manuali e informatiche esclusivamente per gli scopi di cui al progetto suddetto;
- che il trattamento dei dati sarà improntato a principi di correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza nel rispetto della normativa vigente;
- che i dati raccolti saranno utilizzati ai fini di diagnosi, prevenzione, cura e studio e ricerca scientifica per le finalità strettamente necessarie e correlate alla attività medica oggetto della prestazione e secondo lo scopo del progetto "Prevenzione e cura delle alterazioni morfo funzionali dell'età evolutiva";
- che la comunicazione dei dati a terzi potrà avvenire esclusivamente in ambito medico scientifico, ferma la salvaguardia della riservatezza dei soggetti, per le sole finalità sopra descritte;
- che titolare del trattamento dei dati è lo Studio medico del dott. Antonio Talpacci, con sede in Camerino (MC), Viale Leopardi 59, presso cui si svolgeranno le visite di screening. Il dott. Angelo Pierdominici, specialista ortopedico, effettua le visite per conto del Titolare. Le scuole primarie "Betti", "D'Acquisto" e "Leopardi" agiscono esclusivamente quali soggetti promotori dell'iniziativa, limitandosi alla raccolta dei moduli di consenso informato e alla loro trasmissione sicura allo studio medico, senza accedere ai dati sanitari dei minori.

Pertanto, letta l'informativa che precede, autorizziamo e prestiamo il consenso per conto del minore al trattamento dei dati per le finalità richieste.

I genitori possono in qualsiasi momento chiedere informazioni o revocare il consenso scrivendo all'indirizzo e-mail [talpacciantonio@gmail.com](mailto:talpacciantonio@gmail.com).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Si allegano copia dei rispettivi documenti di riconoscimento

---

*firma del genitore*

---

*firma del genitore*