



“MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI”

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT

INSIEME CON IL CUORE



MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ Prov. (_____)

Via _____ Nr. _____

Recapito Telefonico: _____

genitore del/la minore _____

Nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ Codice Fiscale _____

AUTORIZZO l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, da parte degli operatori sanitari dell'Associazione "Movimento per la Salute dei Giovani".

AUTORIZZO il Dott. Maurizio Mongiovì ed il Dott. Giovanni Fazio ad analizzare l'elettrocardiogramma di mio figlio/a, eseguito gratuitamente presso l'Istituto Magistrale Statale "Regina Margherita" di Palermo.

Palermo, _____

FIRMA DEL GENITORE
