



Luogo e data, _____

Io sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____,

nato/a il _____ della classe _____

Autorizzo ☐

Non autorizzo ☐

Mio figlio/a essere sottoposto allo screening elettrocardiografico

presso la scuola

Firma _____

Rispondere, se si vuole, ai seguenti quesiti:

Il/la bambino/a:

ha già effettuato un elettrocardiogramma in precedenza? SI NO

svolge attività sportiva? SI NO

Se sì, quale?

ha familiari deceduti improvvisamente entro i 30 anni di età? SI NO

ha familiari con cardiopatia ipertrofica o cardiomiopatia dilatativa? SI NO

ha familiari con Sindrome del QT lungo o Sindrome di Brugada? SI NO

ha episodi sincopali (improvvisa perdita di conoscenza) a riposo? SI NO

ha episodi sincopali durante lo sforzo? SI NO



ha episodi di battito cardiaco molto veloce?	SI	NO
ha presenza di cardiopatie note?	SI	NO
prende farmaci abitualmente?	SI	NO

Se sì, quali?

Dopo aver letto l'informativa autorizzo il trattamento dei dati sulla privacy ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che La Stella di Lorenzo APS, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1, lett. a) Reg. 679/2018). La Stella di Lorenzo APS, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali (segue nota informativa).

Luogo e data _____

Firma _____