

**DICHIARAZIONE AUTORIZZATIVA DELLA VISITA OCULISTICA  
(da consegnare alla scuola)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ e frequentante la Sezione \_\_ della scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_; avuta piena conoscenza e consapevolezza dell'iniziativa di prevenzione dei disturbi visivi in bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e/o primaria,

DICHIARA:

- di aderire liberamente all'iniziativa suddetta, in corso da parte della Sezione Italiana della Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità;
- di consentire che il proprio/a figlio/a venga sottoposto/a alla visita oculistica effettuata gratuitamente e senza tecniche invasive;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nei termini e con le limitazioni stabilite dalla Legge n. 196/2003 per la tutela della privacy.

Data,

In fede

\_\_\_\_\_