



**CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SEDUTA DI SCREENING
PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

Il sottoscritto _____ genitore o tutore legale dello/a studente/ssa _____
della classe _____ di questo Liceo

AUTORIZZO

il personale sanitario dell'associazione "Amici del cuore Vicenza ODV" a sottoporre il proprio figlio/a al test di screening del rischio cardiovascolare che consiste nella misurazione di:

- pressione;
- saturazione;
- battito cardiaco;
- colesterolo totale;
- glicemia.

Resta inteso che lo scrivente potrà scegliere di essere presente nel momento dell'effettuazione delle misurazioni.

Vicenza, _____

Firma dell'esercente potestà genitoriale
