**Consenso informato**

 **MINORI ALLEGATO A**

La professionista, dott.ssa Di Monaco Maria, biologa nutrizionista, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico dei Biologi nutrizionisti Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Sana alimentazione, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016)

 La Sig.ra ...............................................................................................................................................

madre dell’alunno/a……………………………………………..........................................................

nata a ........................................…..................................... il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a ………………………………………….........................................................................

in via/piazza………...…………………………...............n.….…….............

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Di Monaco Maria.

Data e luogo: Firma

Il Sig. .....................................................................................................................................................

padre dell’alunno/a ……………………………………………………...............................................

Nato/a a ........................................………………………………il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..…………............................................................................................

in via/piazza ………...………………………….................................................n.….……..................

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Di Monaco Maria.

 Data e luogo: Firma

**N.B. Allegare foto documento di riconoscimento**