Associazione "Famiglie e Abilità. Percorsi di crescita"

SCHEDA PATOLOGIA

del minore per il quale si chiede l'iscrizione all'Associazione .

Cognome	nome

nato a	il

- ❑ Ritardo mentale
- ❑ Disturbo dell'Apprendimento
- ❑ Disturbo della Comunicazione
- ❑ Dist. Generalizzati dello Sviluppo(Autismo, Sindrome di Rett, Sindrome di Asperger)
- ❑ ADHD Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività
- ❑ Disturbo della Condotta
- ❑ Disturbo d'Ansia
- ❑ Disturbo Alimentare
- ❑ Sindromi genetiche (sindrome di Down, sindrome di Angelman)
- ❑ Disturbi non altrimenti specificati

ESTENSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto:

Cognome	nome

residente in

via – piazza	n. civico	c.a.p.	comune	provincia

presa attenta visione della informativa ai sensi dell' art. 13 del D.LGS 196/03

❑ AUTORIZZA ❑ NON AUTORIZZA

il trattamento dei dati sensibili del minore secondo le finalità e le modalità esposte

....., lì .....

firma leggibile del genitore o dell'esercente la patria potestà