



MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ Prov. (_____)

Via _____ Nr. _____

Recapito Telefonico: _____

genitore o tutore del/la minore

_____ Nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ Codice Fiscale _____

AUTORIZZO l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, da parte degli operatori sanitari dell'Associazione "Movimento per la Salute dei Giovani".

AUTORIZZO il Dott. Maurizio Mongiovì ed il Dott. Giovanni Fazio ad analizzare l'elettrocardiogramma di mio figlio/a, eseguito gratuitamente.

Palermo, _____

FIRMA DEL GENITORE