

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Questa Dichiarazione deve essere firmata e datata personalmente dal Partecipante, a cui sono state lette e spiegate tutte le pagine qui allegate della Scheda Informativa.

Io sottoscritto

.....
(nome e cognome per esteso del Partecipante)

dichiaro di avere ricevuto da:

.....
(nome e cognome per esteso del Fisioterapista)

esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della Mia partecipazione al Servizio

ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA)

Copia della presente scheda informativa mi è stata data. Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti. Dichiaro inoltre di avere avuto la possibilità di informarmi in merito ai particolari del Progetto anche con altre persone di mia fiducia.

Accetto quindi liberamente di partecipare al Servizio AFA avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate. Sono consapevole che la Mia partecipazione al Progetto sia **volontaria** e che ho la **facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento**. Sono stato informato del Mio diritto di avere libero accesso alla Mia documentazione.

Dichiaro inoltre di aver preso visione e compreso l'informativa sopra riportata e redatta ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e norme di armonizzazione. Pertanto esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Data.....

Firma del Partecipante.....