

## Modulo per minori

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ ,

genitore di \_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_ , il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### AUTORIZZA

(barrare il/i servizio/i)

- La misurazione della glicemia, colesterolemia, della pressione arteriosa e del BMI;
- Lo screening uro-genitale - visita andrologica

In occasione dell'incontro di prevenzione attiva a cura dell'Unità **Dipartimentale di Prevenzione attiva della ASL di Latina e l'Associazione provinciale LILT Latina**, come da circolare Istituzionale.

Data

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_