



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UO NPIA Attività territoriale (SC)

I sottoscritti, genitori di
....., dichiarano di avere
preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali.

.....
.....

Bologna