



Consenso Informato

Gentile signore/a,

con la presente, il Prof. Roberto Baiocco, Professore Associato in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza, Università di Roma, richiede la Sua autorizzazione a far partecipare suo figlio/a (Nome e Cognome _____) a delle semplici prove sul funzionamento cognitivo di suo figlio/sua figlia.

I dati raccolti verranno utilizzati ai soli fini di ricerca scientifica. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

La ringrazio per la collaborazione.

Data, __ / __ / ____

Roberto Baiocco, PhD

Firma
