



Circolo Didattico Statale

Emilio Salgari

Scuola dell'Infanzia e Primaria
Via Paratore, 34 – 90124 Palermo
Codice fiscale 80016020820

Telefoni sede centrale 091441493-0916477710

Plesso Alongi-Via N. Alongi, 8 telefono 0916474952 (primaria) 0916476869 (infanzia)

Plesso Scuola Infanzia Statale L.go del Dragone e

Plesso Scuola Infanzia Regionale La Cittadella-Largo del Dragone, 1 telefono 0916477671

pae03100g@istruzione.it pae03100g@pec.istruzione.it

Direzione: email maria.pizzolanti@istruzione.it www.scuolasalgari.edu.it

Palermo 11/02/2019

Ai genitori e ai docenti degli alunni
delle classi 1[^] e 5[^] plessi Salgari e Alongi
Al DSGA per I provvedimenti di competenza

Oggetto : Screening sanitari classi 1[^] e 5* anno scolastico 2018/2019

Come previsto dal piano regionale per la prevenzione, si informa che l'U.O. Educazione alla Salute dell'ASP Palermo effettuerà presso la nostra scuola gli Screening di cui all'oggetto. Questi si effettueranno nelle seguenti date:

- 18/02/2019 classi 5[^] plesso Salgari
- 19/02/2019 classi 5[^] e 1[^] plesso Salgari
- 20/02/2019 classi 1[^] e 5[^] plesso Alongi
- 21/02/2019 classi 1[^] plesso Salgari

Si allega la scheda di autorizzazione da restituire debitamente compilata e firmata dal genitore da restituire ai docenti di classe che consegneranno le stesse al medico incaricato il giorno dello screening.

Maria Pizzolanti
Dirigente Scolastico
La firma e' omessa ai sensi dell'art. 3,
D.lgs 12 Febbraio 1993, n. 39.



U.O.S. Educazione alla Salute
PTA Guadagna
Dott.ssa S.Camerino

Gentile Genitore,
La informiamo che il Piano Regionale della Prevenzione prevede, nel corso dell'anno scolastico 2018/19, la realizzazione degli screening: oculistico, odontoiatrico, auxologico e, per le II Medie, controllo della colonna vertebrale, screening che verranno effettuati presso la stessa scuola. A tal fine si chiede di esprimere il proprio consenso compilando la seguente scheda:

Io sottoscritto/a _____ genitore di: Cognome _____
Nome _____ Codice Fiscale del figlio _____
Scuola _____ Classe _____ Telefono _____

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi alla visita medica, finalizzata agli screening sanitari: SI NO

Gli alunni per i quali sarà necessario eseguire ulteriori indagini, potranno effettuarle in esenzione ticket, su nostra richiesta. Legge sulla tutela della privacy n. 196/03.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 ter 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del Genitore

Palermo _____