Distretto Sanitario n. 42

PTA Casa del Sole

Via Malaspina 100 Palermo

UOS Educazione alla Salute

Via Lancia di Brolo 10/bis tel. 0917035487- 0917095550

Scuola Primaria Classe PRIMA Sezione \_\_\_\_\_\_

Gentile genitore,

nell’ambitodi un progetto assessoriale di “Prevenzione”nel corso dell’anno scolastico 2018/19,verranno effettuate a scuola delle visite mediche **gratuite** destinate agli alunni. A tal fine si chiede di esprimere il proprio consenso compilando la sottospecificata autorizzazione.

Gli alunni che in seguito allo screening avranno bisogno di ulteriori visite di approfondimento potranno effettuarle, **in esenzione ticket,** presso i nostri poliambulatori ed in tal caso ne riceverete comunicazione scritta.

 I dati personali saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge; siete invitati a firmare il modello informativa privacy e consenso allegato.

*Per informazioni o chiarimenti*: Dott. Lo Coco tel. 0917035550 Mart.e Giov.Ore15,30 -16,30

Il Medico Prevenzione in ambito scolastico Il Responsabile UO Educazione alla salute

*Dott.ssa C. Lo Coco* *Dott.ssa C. Cipolla*

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

**AUTORIZZAZIONE**

Vista la presente nota informativa il/la sottoscritto/agenitore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**acconsente** che il/la figlio/a frequentantela classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione \_\_\_\_\_\_\_ venga sottoposto/a alle seguenti visite di screening:

**Screening oculistico** SI NO

**Screening odontoiatrico** SI NO

**Screening auxologico** SI NO

(peso ed altezza)

Codice fiscale del figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N Telef. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del pediatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_