



Distretto Sanitario n. 42  
PTA Casa del Sole

UOS Educazione alla Salute  
Via Lancia di Brolo 10/bis  
tel. 0917035487- 0917095550  
Martedì e Giovedì 15.30 – 16.30

Scuola Primaria \_\_\_\_\_ Scuola Secondaria di 1° grado \_\_\_\_\_

Gentile genitore,  
nell'ambito di un progetto assessoriale di "Prevenzione," nel corso dell'anno scolastico 2019 /20, verranno effettuate a scuola delle visite mediche **gratuite** destinate agli alunni. A tal fine si chiede di esprimere il proprio consenso compilando la sottospesificata 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 saranno trattati secondo la legge tutela della privacy in atto vigente.

Il Medico Prevenzione in ambito scolastico  
*Dott.ssa C. Lo Coco*

Il Responsabile UO Educazione alla salute  
*Dott.ssa C. Cipolla*

#### AUTORIZZAZIONE

Vista la presente nota e l'informativa sulla privacy i sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori di \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_, Medico curante \_\_\_\_\_ **acconsentono** che il/la figlio/a frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ venga sottoposto/a alle seguenti visite di screening:

Screening oculistico	SI	NO
Screening odontoiatrico	SI	NO
Screening auxologico (rilevazione peso ed altezza)	SI	NO
Screening ortopedico (solo 2^ media)	SI	NO

I sottoscritti dichiarano altresì di acconsentire al trattamento dei dati personali secondo finalità legate alla cura, alla ricerca scientifica e alla didattica, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

Firma del genitore 1 \_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 \_\_\_\_\_

Se è presente un solo genitore, questi dichiara che il genitore non presente è informato ed entrambi acconsentono al trattamento dei dati personali del minore.

Firma \_\_\_\_\_

Palermo lì \_\_\_\_\_