



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

Distretto Sanitario di Gravina
Presidio di S.A. Li Battiati
Servizio di Medicina Scolastica
Via Di Sangiuliano 24 Tel. 095/7502014

Catania.....30/09/24.....

Ai Genitori dell'alunno/a _____

Si comunica alle SS.LL. che da giorno _____ la dott.ssa 30/09/24
effettuerà, presso la Scuola, i seguenti screening per gli alunni di J. J. J. J.

.....OCULISTICO.....
.....ODONTOIATRICO.....
.....
.....

Gli alunni ai quali viene riscontrata una sospetta patologia hanno diritto ad effettuare, gratuitamente, una visita specialistica ed eventuali, specifici, accertamenti strumentali.

Firma di entrambi i genitori per conoscenza ed autorizzazione

Firma gen.1 _____ Firma gen.2 _____

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____