REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

ASP CATANIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

Catania.....

*Ai Genitori dell'alunno/a*_____

Si comunica alle SS.LL. che da giorno 30/11/2022 la dott.ssa FAZIO GRAZIA effettuerà, presso la Scuola, i seguenti screening per gli alunni di V ELEMENTARE

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 _____