

Gentili famiglie,

a partire da martedì **28 gennaio 2020**, sarà presente presso la nostra scuola il medico scolastico dell'ASP di Catania-Distretto integrato del Calatino, per effettuare delle visite per la valutazione dello sviluppo somatico, per la prevenzione delle patologie dentarie, visive e osteo-articolari, come meglio specificato nella Circolare N. 121.

Potranno essere sottoposti a visita medica solo le alunne e gli alunni che avranno ottenuto l'autorizzazione da parte delle rispettive famiglie ad essere sottoposti allo screening.

Sottolineando l'importanza della prevenzione in una fase così delicata di crescita e ringraziandoVi per la collaborazione, Vi preghiamo di indicare di seguito il vostro consenso a sottoporre il/la vostro/a figlio/a allo screening medico.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in qualità di padre
La sottoscritta _____ nata a _____ il _____ in qualità di madre
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del Plesso
_____ dell'Istituto,

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi alla visita medica che verrà effettuata dal medico scolastico dell'ASP di CT-Distretto integrato del Calatino.

Data _____

Firma padre _____ **Firma madre** _____

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.

Data _____ Firma del genitore _____

Gentili famiglie,

a partire da martedì **28 gennaio 2020**, sarà presente presso la nostra scuola il medico scolastico dell'ASP di Catania-Distretto integrato del Calatino, per effettuare delle visite per la valutazione dello sviluppo somatico, per la prevenzione delle patologie dentarie, visive e osteo-articolari, come meglio specificato nella Circolare N. 121.

Potranno essere sottoposti a visita medica solo le alunne e gli alunni che avranno ottenuto l'autorizzazione da parte delle rispettive famiglie ad essere sottoposti allo screening.

Sottolineando l'importanza della prevenzione in una fase così delicata di crescita e ringraziandoVi per la collaborazione, Vi preghiamo di indicare di seguito il vostro consenso a sottoporre il/la vostro/a figlio/a allo screening medico.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in qualità di padre
La sottoscritta _____ nata a _____ il _____ in qualità di madre
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del Plesso
_____ dell'Istituto,

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi alla visita medica che verrà effettuata dal medico scolastico dell'ASP di CT-Distretto integrato del Calatino.

Data _____

Firma padre _____ **Firma madre** _____

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.

Data _____ Firma del genitore _____