

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 \_\_\_\_\_