



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.....

**Ai Genitori dell'alunno/a** \_\_\_\_\_

Si comunica alle SS.LL. che da giorno \_\_\_\_\_ la dott.ssa \_\_\_\_\_  
effettuerà, presso la Scuola, i seguenti screening per gli alunni di ↓ PRIMARIA

- .....ODONTOIATRICO.....
- .....OCULISTICO.....
- .....
- .....

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 \_\_\_\_\_