



ISTITUTO COMPRESIVO “N. BOTTA”

Via E. Fermi 4, 90015 Cefalù (PA) – Tel. 0921 421242

Mail: paic8aj008@istruzione.it PEC: paic8aj008@pec.istruzione.it

Codice fiscale: 82000590826 - Codice meccanografico: PAIC8AJ008

Circ. int. n. 382 bis

- **Ai Genitori/Tutori degli Alunni delle classi I e V Scuola Primaria e II Scuola Secondaria di I grado**
- **Ai docenti coordinatori delle classi I e V Scuola Primaria e II Secondaria di I grado**
- **Ai responsabili dei plessi di Scuola Primaria e Secondaria di I grado**
- **Alle docenti referenti: Cinquegrani R. e Curreri F.**
- **p.c. al DSGA**
- **Sito Web/Albo**

OGGETTO: PROGRAMMA DI PREVENZIONE DISTRETTUALE IN AMBITO SCOLASTICO A.S.2023-24

Si comunica che il Distretto Sanitario 33 di Cefalù, con nota n. 4190/E del 22.03.24, informa che sta avviando il programma di prevenzione in ambito scolastico, i cui interventi sono rivolti agli alunni delle **classi I e V della Scuola Primaria e II della Scuola Secondaria di I grado**, previo consenso dei genitori/tutori con allegato documento di identità.

Si invitano, pertanto, i genitori/tutori interessati allo screening a compilare l'allegata autorizzazione **entro l'8 Aprile** e consegnarla **al docente coordinatore della classe** che provvederà a recapitare tutte le autorizzazioni pervenute al docente referente del segmento scolastico di appartenenza: ins. Cinquegrani (Scuola Primaria), prof.ssa Curreri (Scuola Secondaria di I grado).

Si invitano i Sigg. docenti a dare comunicazione alle famiglie, con avviso scritto tramite gli alunni, della presente circolare e a verificare che la stessa venga firmata da uno dei genitori per presa visione.

Allegato: modulo di autorizzazione

**Il Dirigente Scolastico
Giuseppe Carlino**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.L.vo 39/93

ASP-Palermo Distretto Sanitario n° 33

Progetti di prevenzione in ambito scolastico

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E DEL D.Lgs n. 196/03.

Io sottoscritto/a nato/a il

residente a in via.....

e-mail..... tel. o cellulare

genitore/tutore dell'alunno/a nato a prov.....

Il C.F..... residente a.....

prov..... via.....

medico curante..... e-mail del curante.....

tel. del curante frequentante la classe sez.

della scuola del comune di.....

AUTORIZZO

Il personale sanitario della ASP di Palermo (Distretto di Cefalù) a sottoporre mio figlio/a.....agli screening in età scolare "ispezione del cavo orale per individuazione di carie/malocclusioni macroscopiche - screening oculistico (valutazione visiva tramite ottotipo)-screening auxologico (rilevazione peso e altezza)" da effettuare in ambito scolastico.

ESPRIMO

Liberamente ai sensi della legge 675/96 e del D.Lgs n.193/03 e successive modifiche, il mio consenso alla raccolta dei dati personali ,ai fine degli atti consequenziali derivanti dall' adempimento dei compiti d'istituto.

Data.....

FIRMA