SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Sede Legale: C/da Consolida presso presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio
Part. IVA e Cod. Fisc. . 02570930848

Distretto Sanitario di Base Sciacca

Distretto Sanitario di Sciacca
Servizio Medicina Scolastica
c/da Tabasi 92019 Sciacca
Tel.0925/962395-Fax 0925/962681

Consenso informato

Gentile Signore/a Le comunichiamo che l' A.S.P. - AG -, Distretto di Sciacca, sta per effettuare nella scuola frequentata da suo/a figlio/a, uno Screening Oculistico per l'individuazione di disturbi visivi , Odontoiatrico per l'individuazione di carie e mal occlusione , Auxologico per la rilevazione del peso e dell'altezza, dei Dismorfìsrni e Paramorfismi per rilevare eventuali casi di cifosi,lordosi,scoliosi. Non verranno utilizzati farmaci o strumenti invasivi.
Tali screening vengono effettuati in base alle direttive dell'Assessorato Regionale alla Sanità esplicitate nella circolare n° 1110 del 9/4/2003.

Io sottoscritto_____nato a _____

il_____domiciliato a_____ in via_____

genitore / tutore dell'alunno/a_____

nato/a _____il_____

☐ **Do il mio consenso** ☐ **Non do il mio consenso**

Data _____ **Firma**_____

Ai sensi della L. 31/12/96 n° 675 e successive modificazioni acconsento al trattamento dei dati al fine di studi e ricerche statistiche.

Firma_____