



Istituto Comprensivo Statale "Valle dell'Anapo" - Ferla (Siracusa)

Via Pessina, snc. – 96010 Ferla (SR)

Circolare n. 78

Ferla, 22/02/2019

Ai Docenti e agli alunni della Scuola Primaria e Secondaria di primo grado di Ferla

Ai genitori degli alunni della Scuola primaria e Secondaria di Ferla

p.c. al DSGA Salvatore Amenta

Oggetto: ASP di Siracusa – Servizio di Medicina Scolastica – screening visus, cavo orale e colonna vertebrale

Si comunica che il Servizio di medicina Scolastica Provinciale sarà presente nel nostro Istituto per effettuare lo screening della vista, del cavo orale e della colonna vertebrale, secondo le modalità indicate nel seguente prospetto:

DATA	CLASSI	SCREENING
Martedì 26/02/2019	IIIA1-IIIA2-IIA Primaria	Visus e cavo orale
Mercoledì 27/02/2019	IVA Primaria	Visus e cavo orale
	VA Primaria	Visus, cavo orale e colonna vertebrale
Venerdì 01/03/2019	IA Secondaria di primo grado	Visus e cavo orale
	IIIA Secondaria di primo grado	Visus, cavo orale e colonna vertebrale
Giovedì 07/03/2019	11 alunni della classe IA Sc. Primaria*	Visus e cavo orale
	12 alunni classe IIA Sc. Sec. 1 grado	Visus e cavo orale
Venerdì 08/03/2019	10 alunni della classe IA Sc. Primaria*	Visus e cavo orale
	12 alunni classe IIA Sc. Sec. 1 grado	Visus e cavo orale

***E' richiesta la presenza dei genitori**

Gli orari per la presenza dei genitori, prevista per la classe prima della Scuola Primaria, saranno comunicati successivamente.

Tutti i genitori dovranno far pervenire il modulo di autorizzazione allegato alla presente, compilato e firmato



Il Dirigente¹
Prof.^{ssa} Daniela Frittitta

¹ Documento prodotto e conservato in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi dell'art. 20 del CAD.

DF\sa

**MODULO INTEGRATIVO PER L'AUTORIZZAZIONE
ALLO SVOLGIMENTO DELLO SCREENING
DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA ASP SR**

I sottoscritti

(padre) _____

(madre) _____

genitori dell'alunno/a

frequentante la classe _____ della Scuola
primaria/Secondaria di I° di FERLA dell'Istituto
Comprensivo "Valle dell'Anapo" di Ferla (SR)

PRESO ATTO

che durante l'attività didattica dell'Istituto è prevista l'attività
di screening (Visus – Cavo Orale e Colonna Vertebrale)

**AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo
screening.**

Ferla, _____

Firma

