



REGIONE SICILIA



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEIpon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



MIUR

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

Via Pessina, snc. – 96010 Ferla (SR)

Circolare n. 89

Ferla, 08/03/2019

Ai Docenti e agli Alunni della Scuola Primaria e Secondaria di primo grado di Buccheri e Buscemi**Ai Genitori degli alunni della Scuola primaria e Secondaria di Buccheri e Buscemi****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	SEDE	CLASSI	SCREENING
Martedì 12/03/2019	BUSCEMI	Primaria	Visus e cavo orale
Mercoledì 13/03/2019	BUCCHERI	II – III -IV Primaria	Visus e cavo orale
Giovedì 14/03/2019	BUCCHERI	I^ Primaria*	Visus e cavo orale
Venerdì 15/03/2019	BUSCEMI	Scuola Secondaria di primo grado	Visus e cavo orale e colonna vertebrale
Lunedì 18/03/2019	BUCCHERI	V Primaria e 1^ Secondaria di primo grado	Visus e cavo orale e colonna vertebrale
Martedì 19/03/2019	BUCCHERI	2^ e 3^ secondaria di primo grado	Visus e cavo orale e colonna vertebrale

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

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

Per quanto riguarda la Scuola Secondaria di Buscemi, si è resa necessaria la modifica della data precedentemente comunicata per la coincidenza con altra attività.

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 _____ 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

