



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

U.O.C. Territoriale Materno Infantile

U.O. Medicina Scolastica e Preventiva

Via Bambino n. 32 Catania tel 095 2545576 - 5566

Li, _____

Ai Genitori dell'alunno/a _____

A.S.P. - CATANIA

Dott. Antonino Crisafulli

Dirigente Medico

Ord. Med. CT n. 7618

Si comunica che da giorno _____ il/la dott. /ssa _____

effettuerà, presso la Scuola _____

i seguenti screening per gli Alunni di _____ 5° classe Scuola Primaria _____

1) _____ Misurazione acuità visiva _____

2) _____

3) _____

Gli Alunni ai quali verrà riscontrata una sospetta patologia hanno diritto ad effettuare, gratuitamente, una visita specialistica ed eventuali, specifici, accertamenti strumentali.

Firma di uno dei genitori per conoscenza ed autorizzazione



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

U.O.C. Territoriale Materno Infantile

U.O. Medicina Scolastica e Preventiva

Via Bambino n. 32 Catania tel 095 2545576 - 5566

Li, _____

Ai Genitori dell'alunno/a _____

A.S.P. - CATANIA

Dott. Antonino Crisafulli

Dirigente Medico

Ord. Med. CT n. 7618

Si comunica che da giorno _____ il/la dott. /ssa _____

effettuerà, presso la Scuola _____

i seguenti screening per gli Alunni di _____ 5° classe Scuola Primaria _____

1) _____ Misurazione acuità visiva _____

2) _____

3) _____

Gli Alunni ai quali verrà riscontrata una sospetta patologia hanno diritto ad effettuare, gratuitamente, una visita specialistica ed eventuali, specifici, accertamenti strumentali.

Firma di uno dei genitori per conoscenza ed autorizzazione
