



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DISTRETTO SANITARIO 42 DI PALERMO
CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE VISITE DI SCREENING IN
AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ CF _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via

_____ n° _____ frequentante la classe _____ della scuola

_____ plesso _____

informati che per l'anno 2024-25 l'ASP Palermo offre, per gli alunni/e della Scuola dell'Infanzia, la seguente visita di screening:

- Screening oculistico per l'identificazione di disturbi della vista, strabismo e ambliopia ("occhio pigro"). Il controllo verrà effettuato attraverso la lettura di alcune lettere su tavola ottotipica (Test di Snellen) e mediante valutazione dei movimenti degli occhi, prima e dopo copertura alternata degli stessi (Cover Test)

DICHIARANO DI

☐ **ACCONSENTIRE**

☐ **NON ACCONSENTIRE**

Le visite verranno effettuate da personale sanitario. Nel caso vengano riscontrate condizioni meritevoli di approfondimento da parte dello specialista, verrà consegnata alla Scuola apposita lettera all'attenzione della famiglia e del PLS/MMG, che sulla base di quanto segnalato potrà procedere alla prescrizione di ricetta dematerializzata di visita specialistica in regime di esenzione (D01).

I sottoscritti, presa visione dell'informativa relativa al Trattamento dei dati personali dell'ASP Palermo, al seguente link: <https://www.asppalermo.org/informativa-privacy/>

☐ **ACCONSENTONO**

☐ **NON ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018)

Palermo, _____

Firma genitori 1 _____

Firma genitore 2 _____

In caso di genitore unico firmatario/a:

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore delegato _____