



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

DISTRETTO SANITARIO N. 42 PALERMO

Via Lancia di Brolo 10 bis
CAP 90145 – CITTA' Palermo

Telefono
091 7035402/5423
091 7035408

EMAIL
d42palermo@pec.asppalermo.org
distretto42@asppalermo.org
formazioneinsituazione.d42@asppalermo.org

WEB
www.asppalermo.org

DISTRETTO SANITARIO 39 CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE VISITE DI SCREENING IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti _____, genitori dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ frequentante la classe ____ della Scuola Primaria/S.S.I.G, plesso scolastico _____, informati che per l'anno scolastico 2023-2024 l'ASP Palermo offre, per gli alunni e le alunne della Prima e Quinta Classe della Scuola Primaria e della Seconda Classe della Scuola Secondaria di Primo Grado, le seguenti attività di Screening:

- **Screening auxologico**, mediante rilevazione di peso, altezza e Indice di Massa Corporea (BMI), per il controllo dell'accrescimento staturò-ponderale e l'identificazione precoce di sovrappeso e obesità.
- **Screening odontoiatrico**, mediante l'ispezione del cavo orale, per l'identificazione precoce di condizioni di scarsa igiene orale, di carie e malocclusioni.
- **Screening oculistico**, per l'identificazione precoce di disturbi della vista e dello strabismo. Il controllo verrà effettuato facendo leggere alcune lettere sulla tavola ottometrica e mediante valutazione dei movimenti degli occhi prima e dopo copertura degli stessi, in modo alternato.
- **Screening ortopedico** (solo per alunni/e della Seconda Classe della Scuola Secondaria di Primo Grado), per l'identificazione precoce di deviazioni anomale della colonna vertebrale (es: cifosi, scoliosi). La valutazione verrà effettuata, nel rispetto della privacy, visionando la colonna vertebrale in posizione eretta e in flessione, con il torace scoperto, in presenza dell'abbigliamento intimo.

DICHIARANO DI

(Si prega di barrare la casella desiderata)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTIRE | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENIRE Allo Screening Auxologico |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTIRE | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENIRE ALLO Screening Odontoiatrico |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTIRE | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENIRE ALLO Screening Oculistico |
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTIRE | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENIRE ALLO Screening Ortopedico |

Le visite verranno effettuate da personale medico.

Nel caso vengano riscontrate condizioni meritevoli di approfondimento da parte dello specialista, verrà consegnata dalla Scuola apposita richiesta con codice di esenzione dedicato, per la prenotazione della visita in regime di esenzione.

Per le finalità di prevenzione, diagnosi, terapia, i "dati relativi alla salute" di vostro figlio, nonché suoi dati generici, potranno essere forniti al medico curante. A tal fine si invita a indicarne il nominativo, i recapiti telefonici e l'indirizzo mail:

Cognome Nome _____ Mail _____ Telefono _____

I sottoscritti, presa visione dell'Informativa relativa al Trattamento dei dati personali dell'ASP Palermo, al seguente link: https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Privacy/2022/ASP-PA_Informativa%20Generale%20ASP%20PALERMO.pdf

ACCONSENTONO **NON ACCONSENTONO** al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

Palermo, _____ **Firma genitore 1** _____ **Firma genitore 2** _____

Nel caso di impossibilità da parte del genitore _____ a firmare la presente informativa, il genitore _____ dichiara di averne ottenuto il consenso ai fini di sottoporre il proprio figlio/a alle attività di screening descritte.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del genitore delegante. Carta d'identità - Patente di guida - Passaporto N. _____ Rilasciato/a da _____

Firma del genitore delegato _____