



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

**“Leonardo da Vinci”**

Via Barone - 95045 MISTERBIANCO (CT)

CODICE MECCANOGRAFICO CTIC836004

TEL. 095/7556931 – Fax 095/7556930

E-mail [ctic836004@istruzione.it](mailto:ctic836004@istruzione.it) - WEB: [www.icleonardodavincimisterbianco.gov.it](http://www.icleonardodavincimisterbianco.gov.it)

## **CIRCOLARE N. 31**

### **Screening Ortopedico**

**Ai Docenti scuola secondaria I grado**  
**Propria sede**

Si comunica che a partire da lunedì 22 ottobre gli alunni di classe 1 saranno sottoposti a visita medica per la prevenzione della scoliosi a cura del servizio di medicina scolastica dell'ASL 3 di Catania.

Gli alunni dovranno essere in possesso dell'autorizzazione firmata da entrambi i genitori.

La stessa dovrà essere consegnata entro il 19 ottobre.

Misterbianco, 19 Ottobre 2018

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**DOTT.ssa CATERINA LO FARO**  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
Ai sensi ex art. 3 comma 2, del D. LGS. 39/93

AUTORIZZAZIONE

Oggetto: screening ortopedico

I sottoscritti, madre ..... padre .....

Genitori dell'alunno/a .....

Frequentante la classe ..... Sez ..... della scuola secondaria di 1° grado,  
autorizzano il/la figlio/a ad essere sottoposto/a alla visita medica per la prevenzione della scoliosi a  
cura del servizio di medicina scolastica dell'ASP 3 di Catania.

Misterbianco, .....

Firma genitori

Madre .....

Padre .....

AUTORIZZAZIONE

Oggetto: screening ortopedico

I sottoscritti, madre ..... padre .....

Genitori dell'alunno/a .....

Frequentante la classe ..... Sez ..... della scuola secondaria di 1° grado,  
autorizzano il/la figlio/a ad essere sottoposto/a alla visita medica per la prevenzione della scoliosi a  
cura del servizio di medicina scolastica dell'ASP 3 di Catania.

Misterbianco, .....

Firma genitori

Madre .....

Padre .....

AUTORIZZAZIONE

Oggetto: screening ortopedico

I sottoscritti, madre ..... padre .....

Genitori dell'alunno/a .....

Frequentante la classe ..... Sez ..... della scuola secondaria di 1° grado,  
autorizzano il/la figlio/a ad essere sottoposto/a alla visita medica per la prevenzione della scoliosi a  
cura del servizio di medicina scolastica dell'ASP 3 di Catania.

Misterbianco, .....

Firma genitori

Madre .....

Padre .....