



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 42 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 I elementare della Scuola Primaria, plesso scolastico \_\_\_\_\_, informati che per l'anno scolastico 2025-2026 l'ASP Palermo offre, per gli alunni e le alunne della Prima Classe della Scuola Primaria le seguenti attività di Screening:

- **Screening odontoiatrico**, mediante l'ispezione del cavo orale, per l'identificazione precoce di condizioni di gengiviti, di carie e malocclusioni.
- **Screening oculistico**, per l'identificazione precoce di disturbi della vista e dell'ambliopia ("occhio pigro").

**DICHIARANO DI** (Si prega di barrare la casella desiderata)

**ACCONSENTIRE**       **NON ACCONSENTIRE ALLO Screening Odontoiatrico**  
 **ACCONSENTIRE**       **NON ACCONSENTIRE ALLO Screening Oculistico**

Le visite verranno effettuate da personale medico/sanitario.

Nel caso in cui venissero riscontrate condizioni meritevoli di approfondimento, verrà effettuata una visita più approfondita con codice di esenzione dedicato (D01) predisposta dal medico di famiglia, per proseguire l'iter diagnostico.

I sottoscritti genitori dell'alunno:

**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/tutore legale 1 \_\_\_\_\_ Firma genitore/tutore legale 2 \_\_\_\_\_

**In caso di genitore unico firmatario:**

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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 \_\_\_\_\_