



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTOGLIO"

Via Scuole Medie s.n.c. – 95032 Belpasso (CT)
C.F. 93253630870 – C.M. CTIC8BM00T – Tel. 095 912381

ctic8bm00t@istruzione.it; ctic8bm00t@pec.istruzione.it; scuolaninomartoglio.edu.it



Comunicazione n°207

Agli alunni delle classi prime
Ai genitori
Ai docenti

Oggetto: Attività di medicina scolastica. Informazione ed educazione sanitaria-screening auxologico e ortopedico classi prime

Si comunica che il Dr. Francesco Sapia (medico scolastico) effettuerà degli interventi scolastici rivolti agli alunni delle classi prime, per trattare i seguenti punti:

- Scoliosi e corretta postura.
- Rischi per la vista derivanti dall'uso prolungato di cellulari, televisioni e Pc

Gli incontri verranno effettuati a partire da **Mercoledì 29.01.2025** secondo calendario allegato. Inoltre si richiede autorizzazione alle famiglie da consegnare **entro e non oltre lunedì 3 Febbraio 2025** ai docenti Coordinatori, perché alla fine degli interventi informativi da parte del medico, verrà effettuato uno screening auxologico e ortopedico agli alunni. I genitori potranno scaricare apposita autorizzazione sul sito della scuola, area genitori – modulistica.

Gli incontri si terranno nel teatro della scuola.

CALENDARIO INCONTRI

MERCOLEDÌ 29 GENNAIO	ORE 09-10	1A
		1B
		1C
	ORE 10-11	1D
		1E
		1F
	ORE 11- 12	1G
		1I
		1L

Mercoledì 05 FEBBRAIO	Ore 9:30	INIZIO SCREENING AUXOLOGICO E ORTOPEDICO
-----------------------	----------	--

Le date potrebbero subire modifiche che verranno tempestivamente comunicate.

Belpasso, 20/01/2025

Referente del Progetto

Prof.ssa Francesca Maria Pezzella

Il Dirigente Scolastico Reggente

Prof.Carmelo Santagati

(firma autografa omessa ai sensi dell'art.3,comma 2 del
D.L. n39/93)

I sottoscritti _____ genitori

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ dell' I.C. Martoglio di

Belpasso

AUTORIZZANO

Il/la proprio figlio/a..... a sostenere screening auxologico e ortopedico come da calendario allegato.

CALENDARIO INCONTRI

MERCOLEDÌ 29 GENNAIO	ORE 09-10	1A
		1B
		1C
	ORE 10-11	1D
		1E
		1F
	ORE 11- 12	1G
		1I
		1L
Mercoledì 05 FEBBRAIO	Ore 9:30	INIZIO SCREENING AUXOLOGICO E ORTOPEDICO

Belpasso, _____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA GENITORE UNICO FIRMATARIO*

*Il genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR445/222, dichiara di avere sottoscritto la suddetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 326,337 ter e 337 quaterc.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la stessa sia condivisa da entrambi i genitori.