



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

U.O.C. Territoriale Materno Infantile

U.O. Medicina Scolastica e Preventiva

Via Bambino n. 32 Catania tel 095 2545576 - 5566

Li, _____

Ai Genitori dell'alunno/a _____

Si comunica che da giorno _____ il/la dott. /ssa CLIENTI FRANCESCO
effettuerà, presso la Scuola _____

i seguenti screening per gli Alunni di _____ 5° classe Scuola Primaria _____

1) Misurazione acuità visiva _____

2) CONTROLO AUKOLOGICO _____

3) _____

Gli Alunni ai quali verrà riscontrata una sospetta patologia hanno diritto ad effettuare,
gratuitamente, una visita specialistica ed eventuali, specifici, accertamenti strumentali.

Firma di uno dei genitori per conoscenza ed autorizzazione
