

Liberatoria Screening Medico

(Da compilare a cura della stessa persona che ha effettuato l'iscrizione del bambino/a/i)

Il sottoscritt_____

C.F. _____ residente a _____ (____)

in Via _____

In qualità di: PADRE MADRE TUTORE ALTRO: _____

del/la piccolo/a: _____

del/la piccolo/a: _____

del/la piccolo/a: _____

AUTORIZZO

mio/a figlio/a, a partecipare all'iniziativa di prevenzione di disturbi genericamente assimilabili a problematiche psico-fisiche e dell'apprendimento, attraverso uno screening gratuito in orario scolastico. Lo screening sarà effettuato a cura di medici che hanno offerto la propria disponibilità a collaborare con la struttura scolastica. Unica finalità dello screening è identificare precocemente eventuali difficoltà in uno specifico ambito medico che poi saranno comunicate alla famiglia nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Attività di prevenzione prevista: _____

L'attività si svolgerà in data ____ / ____ / _____

presso la struttura _____

sita in _____ (____).

A tal fine, si esonera da ogni responsabilità la Scuola ed il personale scolastico per tutte le attività condotte dagli incaricati a gestire l'iniziativa, nonché per gli spostamenti effettuati ad opera di personale specializzato.

Catania, lì _____

Firma _____