

ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO STATALE
"S. GIOVANNI BOSCO"

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELLA PEDICULOSI
CONSENSO INFORMATO VISITA ASL

Il/i sottoscritto/i, in
qualità di genitore/i – tutore/i esercente/i la patria potestà dell'alunno/a.....
..... frequentante la classe
sez. della scuola Infanzia Primaria Secondaria I grado dell'IC "San
G. Bosco" di San Salvatore Telesino plesso.....

AUTORIZZA

il personale medico della ASL di ad effettuare visita medica
(esame del capo e del collo) sul predetto minore in funzione dell'accertamento di casi
di pediculosi, fermo restando l'impegno da parte dei sanitari incaricati di informare
esclusivamente lo scrivente in via riservata circa gli esiti degli accertamenti. In tal
senso, ogni comunicazione al riguardo andrà inviata al seguente indirizzo:

Signor/a.....

Via.....

CAP Città.....

Recapito telefonico.....

San Salvatore Telesino, lì.....

FIRMA

PADRE esercente la patria potestà.....

PADRE esercente la patria potestà.....

TUTORE esercente la patria potestà.....