

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
“Satta – Spano – De Amicis”

Il sottoscritto.....(padre)

La sottoscritta.....(madre)

frequentante la sezione..... della scuola dell’Infanzia - A.S. 2019/2020

reso edotto dell’importanza di prevenire in tempo utile deficit visivi, che potrebbero risultare permanenti e non più curabili se non diagnosticati nella prima infanzia,

ACCONSENTE

che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening di prevenzione della vista “Ambliopia” presso la Scuola dell’Infanzia.

Autorizzo il trattamento dei dati personali conformemente alle disposizioni del decreto l.vo 196/03 e del DGPR 679/16.

Cagliari, _____

In fede

(FIRMA LEGGIBILE PADRE)

(FIRMA LEGGIBILE MADRE)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
“Satta – Spano – De Amicis”

Il sottoscritto.....(padre)

La sottoscritta.....(madre)

frequentante la sezione..... della scuola dell’Infanzia - A.S. 2019/2020

reso edotto dell’importanza di prevenire in tempo utile deficit visivi, che potrebbero risultare permanenti e non più curabili se non diagnosticati nella prima infanzia,

ACCONSENTE

che il proprio figlio/a sia sottoposto allo screening di prevenzione della vista “Ambliopia” presso la Scuola dell’Infanzia.

Autorizzo il trattamento dei dati personali conformemente alle disposizioni del decreto l.vo 196/03 e del DGPR 679/16.

Cagliari, _____

In fede

(FIRMA LEGGIBILE PADRE)

(FIRMA LEGGIBILE MADRE)