Istituto Comprensivo Statale "ANNA FRANK"
SCUOLA DELL' INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
Tel. +39 0922 60 31 98 - www.icsfrankag.edu.it - e-mail: agic820005@istruzione.it - PEC: agic820005@pec.istruzione.it

Via Matteo Cimarra, 5/A- 92100 ***AGRIGENTO***
codice fiscale 80004590842 - codice univoco UFRPFL

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALLO SCREENING VISIVO SCOLASTICO
(Prevenzione dell'ambliopia)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale "Anna Frank"
Via Matteo Cimarra n°5/a
92100 – Agrigento

E p.c. Al Personale Sanitario incaricato
dal Lions Club Agrigento Chiaramonte

Il/La sottoscritto/a _____nato/a a _____il _____
residente a _____ in _____
Codice Fiscale _____Telefono _____ - E-mail _____@_____

in qualità di (selezionare la voce interessata):
[ ] Genitore esercente la responsabilità genitoriale
[ ] Tutore / Affidatario / Esercente la potestà

del/la minore alunno/a _____nato/a a _____
il _____iscritto e frequentante la scuola Primaria del plesso scolastico_____
Classe _____

AUTORIZZA E ACCONSENTE

in modo libero, consapevole e informato, la scuola e il personale sanitario appositamente incaricato ed autorizzato ad **effettuare sul/la proprio/a figlio/a l'esame diagnostico non invasivo di screening visivo**, finalizzato alla prevenzione e al precoce rilievo dell'**ambliopia** (c.d. "occhio pigro") e di altri difetti refrattivi.

A tal fine dichiara:

- Di essere a conoscenza che lo screening consiste in un test rapido, assolutamente indolore e non invasivo, effettuato tramite strumentazione dedicata (es. autorefrattometro pediatrico / tavole ottotipiche) e che **non prevede** la somministrazione di colliri midriatici (gocce per dilatare la pupilla).
- Di essere consapevole che tale controllo non sostituisce in alcun modo una visita oculistica completa, ma ha una funzione esclusivamente preventiva e di orientamento (screening).
- Di essere a conoscenza che in caso di esito sospetto riceverà una segnalazione per una visita oculistica specialistica.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR)

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili (relativi allo stato di salute) del/la minore, strettamente necessari all'esecuzione dello screening e alla successiva comunicazione dell'esito, in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale vigente. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale sanitario e scolastico incaricato, con garanzia di assoluta riservatezza.

Luogo e Data: _____,_____

Firma del genitore / esercente la potestà_____