



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANIA

Distretto Tutela Sanitaria Malattie Infettive

Via Bambino n. 32 Catania tel. 095 2545576 fax. 095 2545574

Prot. N. _____

Catania, _____

Al Genitori dell'alunno/a _____

Si comunica alle SS.LL. che da giorno _____ il dott. /sa **CRISAFULLI** effettuerà, presso la Scuola, i seguenti screening per gli Alunni di **5^A ELEMENTARE**

- 1) VISITA DENTISTICA
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

A.S.P. - CATANIA
Dott. Antonino Crisafulli
Dirigente Medico
Ord. Med. ST n. 7616
[Handwritten Signature]

Gli Alunni ai quali viene riscontrata una sospetta patologia hanno diritto ad effettuare, gratuitamente, la visita specialistica e gli eventuali, specifici, accertamenti strumentali.

Firma di uno dei genitori per conoscenza ed autorizzazione
