



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "EUGENIO PERTINI"

VIALE XI SETTEMBRE 2001- 91100 TRAPANI - Cod. Mecc. TPIC84200B - C.F. 93072130813 - C.U. UFE0P3

Tel. 0923539178 - e-mail: tpic84200b@istruzione.it - tpic84200b@pec.istruzione.it

Sito internet: www.lcpertinitrapani.edu.it



Prot

Trapani, 06/10/2025

Circ. 41

**Ai docenti, alle
classi terze e quarte scuola
primaria di Trapani (plessi
Antonino Via, Vitocolonna,
via Terenzio)**

Al Personale ATA

AL D.S.G.A.

LORO SEDI

OGGETTO: SCREENING GRATUITO DELLA VISTA IAPB ITALIA LIONS CLUB DI TRAPANI E UNIONE CIECHI

Con la presente si comunica che la sezione territoriale dell'Unione ciechi, in collaborazione con IAPB ITALIA onlus e il Lions Club di Trapani, intendono celebrare la Giornata Mondiale della Vista prevista per il 09 Ottobre p.v.. Per l'occasione, in questa edizione, è stata individuata la nostra Scuola quale destinataria dei seguenti interventi:

-Realizzazione di screening oculistici nelle mattine dell'08-09-10 ottobre, a partire dalle ore 09.00 circa per i ragazzi delle classi in indirizzo della scuola primaria a bordo di una unità mobile oftalmica, debitamente attrezzata, così come di seguito indicato:

- 8 ottobre presso il plesso Antonino Via classi 2A 2B 3A
- 9 ottobre presso il plesso di via Terenzio classi 3A 2D e 3D
- 10 ottobre presso il plesso Vitocolonna classi 2A 3A 3B

Si allega autorizzazione da far firmare ai genitori degli alunni che vorranno sottoporsi allo screening.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Laura Lombardo

DICHIARAZIONE AUTORIZZATIVA DEL CONTROLLO VISIVO

(da consegnare alla scuola)

Il sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____

nato/a il _____ e frequentante la Sezione _____ della scuola _____

di ; avuta piena conoscenza e consapevolezza dell'iniziativa di prevenzione dei disturbi visivi in bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e/o primaria,

DICHIARA

-di aderire liberamente all'iniziativa suddetta, in corso da parte della Sezione Italiana della Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità;

- di consentire che il proprio/a figlio/a venga sottoposto/a al controllo visivo effettuato gratuitamente e senza tecniche invasive, che non si sostituisce ad una visita oculistica completa;

- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nei termini e con le limitazioni stabilite dall'art. 13, 14 del Regolamento europeo 679 del 2016 per la tutela della

privacy.

Data, _____

acconsento SI NO

In fede