



**REGIONE SICILIANA - DISTRETTO SCOLASTICO N. 62
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "F. VIVONA"
91013 Calatafimi Segesta (TP)**

C/da Santa Maria s. n. - Tel. 0924/951311 - Fax 0924/954620
C.F. 80004430817 - Codice Meccanografico TPIC81300B

sito web: www.istitutocomprensivovivona.edu.it - E-mail: tpic81300b@istruzione.it - pecpic81300b@pec.istruzione.it

**ANNO SCOLASTICO 2019/2020
COMUNICAZIONE N° 123**

Prot. n° 771/B38

Calatafimi Segesta, 11/02/2020

**Ai docenti
Agli alunni
Ai genitori degli alunni
delle classi Terze
della Scuola Secondaria di I° grado**

Oggetto: Comunicazione.

Si comunica che a cura dell'Unità Operativa: Servizio Talassemia dell'Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate" di Trapani, lunedì 17/02/2020 alle ore 9.00 (plesso Vivona) ore 12.00 (plesso Capuana) sarà tenuta presso il nostro Istituto una campagna di prevenzione della Talassemia.

Alla seduta di informazione scientifica con distribuzione di materiale divulgativo, seguirà il prelievo di sangue necessario per l'identificazione dello stato di portatore sano di Talassemia, che verrà praticato solo agli alunni muniti di autorizzazione scritta, firmata dai genitori che si allega alla presente.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Emilia Sparacia**

firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del d.lgs n. 39/1993

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
" F.sco Vivona"
di Calatafimi Segesta

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunn____
_____ della classe terza Sez. _____ della Scuola Media, autorizza
___l ___ propri___ figli___ a sottoporsi al prelievo di sangue necessario per
l'identificazione dello stato di portatore sano di Talassemia, che verrà praticato dalla dott.ssa
Antonella Carollo, responsabile del Servizio Talassemia dell'Azienda Ospedaliera di
Trapani, lunedì 26/11/2018 presso i locali dell'Istituto.

L'esecuzione del prelievo non prevede il digiuno.

Calatafimi Segesta,

Firma del genitore

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
" F.sco Vivona"
di Calatafimi Segesta

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunn____
_____ della classe terza Sez. _____ della Scuola Media, autorizza
___l ___ propri___ figli___ a sottoporsi al prelievo di sangue necessario per
l'identificazione dello stato di portatore sano di Talassemia, che verrà praticato dalla dott.ssa
Antonella Carollo, responsabile del Servizio Talassemia dell'Azienda Ospedaliera di
Trapani, lunedì 26/11/2018 presso i locali dell'Istituto.

L'esecuzione del prelievo non prevede il digiuno.

Calatafimi Segesta,

Firma del genitore