



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
**ISTITUTO COMPRESIVO "GIOVAN BATTISTA  
NICOLSI"**

Via Scala Vecchia, 95047 Paternò (CT) - Tel. 095.842978 - Fax  
095.7977490 [www.gbnicolosi.edu.it](http://www.gbnicolosi.edu.it) - [ctic893008@istruzione.it](mailto:ctic893008@istruzione.it) -  
[ctic893008@pec.istruzione.it](mailto:ctic893008@pec.istruzione.it) - CM: CTIC893008 - CF:  
80013300878

I.C. - "G.B. NICOLSI"-PATERNO'  
Prot. 0002900 del 14/03/2024  
V (Uscita)

All'ASP 3 CATANIA

Al Dott. Sapia F.

[Francesco.sapia@aspct.it](mailto:Francesco.sapia@aspct.it)

Alle famiglie delle classi 2<sup>a</sup> A primaria e 1<sup>a</sup> G sec. I grado

Al personale scolastico del plesso di via Libertà

Al DSGA f.f.

Al sito web dell'Istituto

Agli Atti

**Oggetto : Visita per sospetti casi di Pediculosi classi 2<sup>a</sup> A primaria e 1<sup>a</sup> G sec. I grado plesso di via Libertà**

Gentile

Si fa presente che nella classi 2<sup>a</sup> A primaria e 1<sup>a</sup> G sec. I grado del plesso di via Libertà sono stati riscontrati casi di pediculosi e, pertanto, il medico dell'ASP provvederà ad una visita di controllo.

I genitori degli alunni delle due classi sono pregati di firmare l'autorizzazione in allegato e di consegnarla tramite i loro figli al docente coordinatore di classe entro e non oltre giorno 19 marzo 2024.

Certa della collaborazione della SS.LL., porgo cordiali saluti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Melita Barbara Olga Clemenza  
*documento firmato digitalmente*

## AUTORIZZAZIONE ALLA VISITA PER LA PREVENZIONE DELLA PEDICULOSI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'/la alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_  
del I. C. "G. B. Nicolosi" di Paternò autorizza il personale di Medicina scolastica dell'ASL ad effettuare  
un controllo, per la prevenzione della pediculosi, che si svolgerà a scuola in orario scolastico.

Paternò, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (data)

Firma

\_\_\_\_\_