



REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA

Istituto Comprensivo

"Leonardo Sciascia"

Via Francesco De Gobbis, 13 - 90146 – Palermo

Tel. 091/244310 Fax 091/6791363

C.F.: 80020100824 Codice Unico: UFH90U

E-mail: PAIC870004@istruzione.it - paic870004@pec.istruzione.it



I.C. - "LEONARDO SCIASCIA"-PALERMO
Prot. 0002355 del 08/02/2026
IV (Uscita)

Circolare n. 248

**Alle Famiglie, al Personale Scolastico,
Ai docenti e collaboratori
scolastici/amministrativi,
al DSGA, agli Atti, al Sito**

Oggetto: Adesione al progetto di screening elettrocardiografici proposto dall'Associazione PICCOLI BATTITI

Si informano le SS. LL. che giorno **13 febbraio**, dalle ore **8.15** fino alle **13.00**, nei locali del plesso De Gobbis, gli alunni delle classi quinte della scuola primaria e delle classi 1^a, 2^a e 3^a della scuola secondaria potranno, **dietro consenso firmato dai genitori con apposita liberatoria**, effettuare uno screening elettrocardiografico nell'ambito del progetto dell'Associazione Piccoli Battiti/Civico Di Cristina Benfratelli per la prevenzione e la protezione dei rischi cardiologici nei giovani; gli esami, effettuati gratuitamente, saranno eseguiti con la collaborazione di medici aritmologi e cardiologi pediatrici.

Si evidenzia che nel caso in cui non fosse possibile effettuare tutti gli screening nella giornata del 13 febbraio per il numero elevato di adesioni, sarà fissata una nuova data per garantire la totale copertura delle richieste.

Chi volesse aderire è pregato di compilare la liberatoria che verrà distribuita lunedì 9 febbraio e dovrà essere riconsegnata dagli alunni ai coordinatori della propria classe entro e non oltre mercoledì 11 febbraio.

In allegato Liberatoria screening elettrocardiografico.

Si ringrazia per la collaborazione.

**Il Dirigente Scolastico
Stefania Cocuzza**

(Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del
D.Lgs. 12/02/1993 n. 39)



LIBERATORIA SCREENING ELETTROCARDIOGRAFICO

Io sottoscritto _____

nato/a il _____

Residente a _____ via _____

tel. _____.

Autorizzo mio figlio/a _____

nato/a il _____ che frequenta la scuola _____

classe _____.

ad essere sottoposto ad elettrocardiogramma secondo il progetto stabilito dall'Associazione di promozione sociale "Piccoli Battiti", in collaborazione con reparto di cardiologia pediatrica dell'ARNAS Civico G. Di Cristina, di Palermo.

Anamnesi familiare:(fratelli, genitori, zii, nonni, cugini di I° grado)

- | | | |
|--|----|----|
| - morte improvvisa o inaspettata in un familiare < 50 anni | SI | NO |
| - malattia cardiaca invalidante in un parente < 50 anni | SI | NO |
| - familiarità per: | | |
| cardiomiopatia dilatativa o ipertrofica | SI | NO |
| sindromi aritmiche genetiche (Brugada, QT lungo, altre) | SI | NO |
| sindrome di Marfan | SI | NO |
| malattie cardiache su base genetica | SI | NO |

Anamnesi personale:

- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| - cardiopatia già diagnosticata | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|

QUALE: _____

- dolore precordiale, malessere dispnea, fatica eccessiva da sforzo	SI	NO
- sincope o crisi lipotimica	SI	NO
- storia di soffio cardiaco	SI	NO
- storia di pressione alta	SI	NO
- precedente esclusione da attività sportiva	SI	NO
- precedente valutazione cardiologica indicata da un medico	SI	NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003

data_____

Firma_____