



ISTITUTO TECNICO ECONOMICO
INDIRIZZO TURISMO "MARCO POLO"

Via Ugo La Malfa, 113 – 90146 P A L E R M O
c.f. 80012780823 – c.m. PATN01000Q
Tel. 091/6886878
patn01000q@istruzione.it-patn01000q@pec.istruzione.it
sito internet: itetmarcopolo.edu.it



Circ. 288

Palermo, 16/04/2026

Alle famiglie
Agli studenti
Al personale Docente

Oggetto: Programma di screening cardiologico nelle scuole

Si comunica che la scuola ha aderito ad un programma di screening cardiologico **gratuito**, rivolto agli alunni dell'ITET Marco Polo che partecipano al "Centro sportivo scolastico pomeridiano", in collaborazione con i cardiologi del **Rotary Club di Palermo**.

Il programma prevede:

- esecuzione di elettrocardiogrammi agli alunni autorizzati dai genitori, da parte dei medici cardiologi del "ROTARY CLUB PALERMO" il giorno 27 aprile 2026 dalle ore 9;30 in poi, presso l'infermeria dell'Istituto, sita al terzo piano;

- la refertazione dei tracciati a cura del medico;

- le refertazioni saranno rilasciate agli alunni che dovranno consegnare i risultati al medico di famiglia per il rilascio del certificato per la pratica sportiva non agonistica, e in caso fossero indicati approfondimenti, contattare un medico cardiologo di propria fiducia.

Per consentire la partecipazione del proprio figlio è necessario prendere visione dell'informativa privacy e compilare il modello di autorizzazione in allegato, da consegnare ai docenti di Scienze Motorie del gruppo sportivo entro il 23 aprile 2026.

I docenti di Scienze Motorie avranno cura di consegnare le autorizzazioni raccolte ai medici cardiologi del Rotary.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Salvatore Amata

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. N. 39/1993

MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. (___) il _____ residente a _____

Prov(____) Via _____ Nr. Recapito Telefonico: _
_____) **GENITORE (___) TUTORE (___) ESERCENTE LA PATRIA
POTESTA' del/la minore** _____ nato/a a _____

Prov. (___)

il _____

AUTORIZZO l'esecuzione di VISITA CARDIOLOGICA ED elettrocardiogramma, a titolo gratuito, da parte degli operatori dell'Associazione "Rotary Club Palermo MONDELLO", nel contesto dell'iniziativa centro sportivo scolastico.

AUTORIZZO la refertazione dell'ECG, che sarà eseguita da un cardiologo.

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo, richiesto dall'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani", saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle attività sociali dell'Associazione.
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è l'associazione "Rotary Club Palermo".

LUOGO

DATA

FIRMA