

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. SOLARI"
VIA BRAMANTE N. 119 - LORETO (AN)

Prot. n. 837/ C24b

COMUNICAZIONE N. 231

Loreto, 04.02.2015

Ai GENITORI degli ALUNNI Classi Prime Scuola LOTTO

Nell'ambito del Progetto Educazione alla Salute, l'Istituto Comprensivo Solari di Loreto, in collaborazione con il Rotary International Club di Loreto propone per gli Alunni delle classi prime della Scuola Secondaria di Primo Grado "Lotto" una **visita oculistica** che sarà effettuata dalla Dott.ssa Cecilia Tombolini Dirigente Medico presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi" di Ancona.

La **VISITA, che si terrà nel mese di MARZO in orari che verranno successivamente comunicati, è GRATUITA** e non comporta impegni; il suo obiettivo è quello di individuare l'eventuale presenza di problematiche relative alla vista.

IL DIRIGENTE
Prof.ssa Milena Brandoni

✂ -----
(Restituire debitamente compilato e firmato in Segreteria Didattica)

Il Genitore dell'Alunno/a _____ Classe 1[^] Sez. _____

esprime il consenso ad effettuare la visita oculistica. Firma del Genitore _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. SOLARI"
VIA BRAMANTE N. 119 - LORETO (AN)

Prot. n. 837/ C24b

COMUNICAZIONE N. 231

Loreto, 04.02.2015

Ai GENITORI degli ALUNNI Classi Prime Scuola LOTTO

Nell'ambito del Progetto Educazione alla Salute, l'Istituto Comprensivo Solari di Loreto, in collaborazione con il Rotary International Club di Loreto propone per gli Alunni delle classi prime della Scuola Secondaria di Primo Grado "Lotto" una **visita oculistica** che sarà effettuata dalla Dott.ssa Cecilia Tombolini Dirigente Medico presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi" di Ancona.

La **VISITA, che si terrà nel mese di MARZO in orari che verranno successivamente comunicati, è GRATUITA** e non comporta impegni; il suo obiettivo è quello di individuare l'eventuale presenza di problematiche relative alla vista.

IL DIRIGENTE
Prof.ssa Milena Brandoni

✂ -----
(Restituire debitamente compilato e firmato in Segreteria Didattica)

Il Genitore dell'Alunno/a _____ Classe 1[^] Sez. _____

esprime il consenso ad effettuare la visita oculistica. Firma del Genitore _____