



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"Giuseppe Di Vittorio - Ladispoli"



Via Yvon De Begnac, 6 - 00055 Ladispoli (RM) - Ambito 0011 - Distretto scol. N°30 - Cod. Mecc. RMIS05900G - C.F. 91038400585
Tel. 06 97859443 - Sito: www.isisdivittorio.edu.it - e-mail: rmis05900g@istruzione.it PEC: rmis05900g@pec.istruzione.it
CAT - AFM - Via Y. De Begnac, 6 Cod. mecc. RMTD05901T — CAT - AFM (SIA) serale - Via Y. De Begnac, 6 Cod. mecc. RMTD059506
I.P.S.A.R. - Via Federici, snc Cod. mecc. RMRH05901Q

AGLI STUDENTI

CIRCOLARE N. 53

OGGETTO: SCREENING CARDIACO CON L'ASSOCIAZIONE IL CUORE DI ANDREA

La scuola in collaborazione con l'associazione il cuore di ANDREA offre uno SCREENING CARDIACO gratuito con l'esecuzione di un ECG presso la scuola. Gli studenti interessati dovranno compilare l'allegato 1 e consegnarlo al docente di scienze motorie.



PROGRAMMA DI ESECUZIONE DI Elettrocardiogrammi (ECG)

Il Cuore di Andrea APS

L'attività del progetto esecuzione di ECG si divide in quattro principali fasi: programmazione, esecuzione dei tracciati ECG, refertazione, consegna e conclusione.

Si riassume nell'elenco che segue quanto necessario per la corretta pianificazione delle attività:

1. Esecuzione degli elettrocardiogrammi presso la scuola da parte dei tecnici di cardiologia sulla base del calendario stabilito.
2. Refertazione dei tracciati a cura di medici specializzati.
3. Le refertazioni saranno consegnate alla segreteria in busta chiusa. I genitori potranno discutere i risultati con il medico di famiglia e, nel caso fossero indicati approfondimenti, decidere se effettuare i controlli presso un centro da noi suggerito o rivolgersi ad altro centro.



Allegato 1

Roma, _____

Io sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ che è nato/a il _____ e frequenta la classe

informato sui diritti e sui limiti di cui al GDPR 679/2016, concernenti “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, esprimo il mio consenso ad eseguire il controllo elettrocardiografico per identificare eventuali alterazioni cardiache congenite che potrebbero causare gravi aritmie nel soggetto che ne sia portatore, e autorizzo i medici specializzati al trattamento dei dati personali di mio figlio/a, esclusivamente ai fini di diagnosi e prevenzione.

Recapito telefonico Indirizzo mail..... (In stampatello)

Firma _____

Firma _____

Rispondere, se si vuole, ai seguenti quesiti:

Il/la Bambino/a:

1) *Ha già effettuato un elettrocardiogramma?* Sì No

2) *Svolge attività sportiva?* Sì No

Se sì, quale?