Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

U.O.C. ISP Prevenzione Malattie Infettive e Cronico-Degenerative
Il Direttore Dr.ssa F. Laici

Recapiti
- Civitanova Marche – 0733-823800
- Piediripa di Macerata - 0733-2572679
- San Severino Marche: 0733- 642302

Mail: vaccinazioni.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata
0019649|13/02/2026
|AST-MC|AV3DIPRE|P
2.250

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Via Regina Elena
Scuola Primaria San Giovanni Bosco
Civitanova Marche (MC)

Pec: mcic834002@pec.istruzione.it

OGGETTO: misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica

Si comunica che, in seguito alla Notifica di un caso di Scabbia e ai sensi della Circolare Min. Salute n. 4 del 13 marzo 1998, alcuni operatori dello scrivente Servizio di Igiene e Sanità Pubblica effettueranno un controllo cutaneo presso la scuola primaria "San Giovanni Bosco" classe 1°C, il giorno martedì 17/02/2026 alle ore 9.00.

Si prega di voler predisporre l'elenco degli alunni frequentanti la classe e degli operatori interessati.

Sarà Vostra cura informare i genitori dei suddetti minori ed acquisire per ciascuno il consenso scritto al suddetto **controllo cutaneo**.

Si invia in allegato il modulo per il consenso e l'opuscolo informativo da consegnare ai genitori.

A disposizione per eventuali comunicazioni, si inviano distinti saluti.

IL DIRIGENTE MEDICO
UOC I.S.P. PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE E CRONICO DEGENERATIVE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

U.O.C. ISP Prevenzione Malattie Infettive e Cronico-Degenerative
Il Direttore Dr.ssa F. Laici

Recapiti
- Civitanova Marche – 0733-823800
- Piediripa di Macerata – 0733-2572679
- San Severino Marche: 0733- 642302

Mail: vaccinazioni.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

Il/la sottoscritto/a _____

genitore del minore: NOME_____

COGNOME_____ nato il __/__/____

a _____ Frequentante la classe _____ della Scuola

_____

Numero di telefono: _____

AUTORIZZA

Il personale del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica Prevenzione Malattie Infettive ad effettuare il **controllo cutaneo** previsto dalla Circolare Min. Salute n. 4 del 13 marzo 1998 quale misura di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica.

In caso di esito negativo al controllo non seguiranno ulteriori comunicazioni; se invece si rendessero necessari ulteriori accertamenti sarete contattati al numero di telefono sopra indicato.

Si informa che il controllo cutaneo sarà limitato alle aree esposte (mani e avambracci) e che quindi ai bambini non verrà chiesto di svestirsi.

Qualora la SV volesse eseguire accertamenti completi/specialistici, o nel caso di comparsa di sintomi, si consiglia di prendere accordi con il proprio Medico Curante.

DATA

FIRMA DEL GENITORE

_____

_____