

Oggetto: Autorizzazione visita auxologico e/o oculistico.

I/II/La sottoscritti/o/a _____ genitori/e dell'alunno/a
_____ frequentante la classe ___ sez. ___ della Primaria, con la presente
comunicano/comunica la propria volontà di

AUTORIZZARE

il/la proprio/a figlio/a ad effettuare il/i seguente/i screening effettuato dal personale del servizio di medicina scolastica dell'ASP:

- Visita oculistica (classi prime scuola primaria).
- Visita oculistica e auxologica (classi quinte scuola primaria).

In fede.

Data _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____

Firma del genitore _____