

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLO SCREENING DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA

SEZIONE per i GENITORI

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ **padre** dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della Scuola
_____ (indicare se Primaria o Secondaria di I grado) di _____

PRESTO IL MIO CONSENSO

affinché mio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali degli specialisti addetti all'attività di screening.

Luogo e data

Firma

Allego alla presente copia del documento di identità

La sottoscritta _____ nata a _____

Il _____ **madre** dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della Scuola
_____ (indicare se Primaria o Secondaria di I grado) di _____

PRESTO IL MIO CONSENSO

affinché mio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali degli specialisti addetti all'attività di screening.

Luogo e data

Firma

Allego alla presente copia del documento di identità

SEZIONE per il TUTORE LEGALE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ **tutore legale** dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ della Scuola
_____ (indicare se Primaria o Secondaria di I grado) di _____

PRESTO IL MIO CONSENSO

affinché il minore posto sotto mia tutela possa accedere alle prestazioni professionali degli specialisti addetti all'attività di screening.

Luogo e data

Firma

Allego alla presente copia del documento di identità