

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Omnicomprensivo  
Via Vigna del Principe  
88816 Strongoli (KR)  
Alla Medicina Scolastica  
A.S.P. Cirò Marina

...I... Sottoscritt..... genitore

dell'alunn..... frequentante la Classe ..... Sezione ....

Infanzia,  Primaria,  Sec. di I° Grado,  Liceo Scientifico,  Istituto Tecnico Energia,

plesso\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

Gli operatori della Medicina Scolastica ad avere incontri con la/il propria/o figlia/o

.....

Strongoli .....

**FIRMA GENITORI**

.....

.....