

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

.....

.....