



Scuola secondaria di primo grado

Nino Martoglio

BELPASSO

AUTORIZZAZIONE

Il/La sottoscritto/a.....

genitore dell'alunno/a.....

della classe..... sez.....

AUTORIZZA

**Il/La proprio/a figlio/a a partecipare alle attività di
screening previste per il mese di**

Belpasso,

Firma del genitore

.....