

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell' I.C.

Martoglio di Belpasso

AUTORIZZANO

Il/la proprio figlio/a..... a sostenere screening  
auxologico come da calendario allegato.

**CALENDARIO INCONTRI**

MERCOLEDÌ NOVEMBRE	13	ORE 10-11	3A
			3B
			3C
		ORE 11-12	3D
			3E
			3F
MERCOLEDÌ NOVEMBRE	20	ORE 10-11	3G
			3H
			3I
		ORE 11-12	3L
			3M
Mercoledì 27 NOVEMBRE		Ore 9:30	INIZIO SCREENING AUXOLOGICO

Belpasso, \_\_\_\_\_

FIRMADELPADRE \_\_\_\_\_

FIRMADELLAMADRE \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE UNICO FIRMATARIO\*

\_\_\_\_\_

\*Il genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR445/222, dichiara di avere sottoscritto la suddetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 326,337 ter e 337 quaterc.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la stessa sia condivisa da entrambi i genitori.