



**Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTOGGIO"**

Via Scuole Medie s.n.c. - 95032 Belpasso (CT)

C.F. 93253630870 - C.M. CTIC8BM00T - Tel. 095 912381

ctic8bm00t@istruzione.it; ctic8bm00t@pec.istruzione.it; scuolaninomartoglio.edu.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Martoglio" Belpasso (CT)

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE

Oggetto: Screening odontoiatrico - 14 gennaio 2026
Reparto di Odontoiatria del Policlinico San Marco Rodolico di Catania

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ del plesso _____

- ☐ autorizza
☐ non autorizza

il/la proprio figlio/a a partecipare allo screening odontoiatrico di cui in oggetto.

I genitori dovranno consegnare al Coordinatore di classe le dichiarazioni di autorizzazione **entro e non oltre le ore 14:00 del 13/01/2026**.

Belpasso, ____ / ____ / 2026

Il padre

La madre

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora la presente delega sia firmata da un solo genitore, si intende che la medesima delega sia stata condivisa da entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario
