



\_\_1\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunn \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

**A U T O R I Z Z A**

\_\_1\_\_ propri\_\_ figli\_\_ ad essere sottopost \_\_ a screening odontoiatrico, auxologico e cardiologico  
eseguito dal Medico Scolastico Dott. Mollica nei locali della scuola durante il mese di Aprile.

Bronte, li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



\_\_1\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunn \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

**A U T O R I Z Z A**

\_\_1\_\_ propri\_\_ figli\_\_ ad essere sottopost \_\_ a screening odontoiatrico, auxologico e cardiologico  
eseguito dal Medico Scolastico Dott. Mollica nei locali della scuola durante il mese di Aprile .

Bronte, li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_