

Al Dirigente Scolastico  
I.S.I.S.S. "P. A. DE LUCA"  
Via Tuoro Cappuccini 65/67  
83100 Avellino

OGGETTO : AUTORIZZAZIONE GENITORE VISITA MEDICA PER IDONEITA'

LABORATORI A.S.

ALUNNO: CLASSE:

l sottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madre

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Codesto Istituto a programmare con il personale sanitario dell'ASL AV, Unità Multidisciplinare, presso il Centro Australia, sito in c/da Amoretta di Avellino, con il personale scolastico interessato, nonché con lo scrivente un incontro per la valutazione alla frequenza ai laboratori del proprio/a figlio/a.

Avellino,

Firma del genitore

\_\_\_\_\_