

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "S. Giovanni Bosco"

Oggetto: Screening della vista gratuito.

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno

Frequentante la Classe/sez. _____ di codesto Istituto

AUTORIZZA

Il proprio figlio a partecipare allo **Screening della vista** organizzato dall'Ufficio Educazione alla
Salute – Medicina Scolastica – D.S.B. Canicatti,

e a sottoporsi alla relativa visita specialistica.

Naro/Camastra

Il Genitore

.....

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "S. Giovanni Bosco"

Oggetto: Screening della vista gratuito.

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno

Frequentante la Classe/sez. _____ di codesto Istituto

AUTORIZZA

Il proprio figlio a partecipare allo **Screening della vista** organizzato dall'Ufficio Educazione alla
Salute – Medicina Scolastica – D.S.B. Canicatti,

e a sottoporsi alla relativa visita specialistica.

Naro/Camastra

Il Genitore