

Al Dirigente Scolastico dell'
I.C. "Sauro-Giovanni XXIII"
di Catania

Il sottoscritto genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe..... sez..... di codesto Istituto

AUTORIZZA

Il/la propri figli..... a sottoporsi allo screening auxologico (peso-altezza) che sarà effettuato in orario
scolastico giorno Marzo 2017 dalla Dott.ssa De Francesco , assistente sanitaria dell'Azienda
Sanitaria Provinciale di Catania – Medicina scolastica.

Catania,

Firma