

**Oggetto: Autorizzazione visita auxologica e/o ortopedica.**

I/II/La sottoscritti/o/a \_\_\_\_\_ genitori/e dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della Secondaria di primo grado, con la  
presente comunicano/comunica la propria volontà di

**AUTORIZZARE**

il/la proprio/a figlio/a ad effettuare il/i seguente/i screening effettuato dal personale del servizio di medicina scolastica dell'ASP:

- Visita auxologica e ortopedica (classi prime scuola secondaria di primo grado).
- Visita auxologica (classi terze scuola secondaria di primo grado).

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_