

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Grazia Deledda"
di Catania

ATTO DI CONSENSO
DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ PER LA SEGNALAZIONE
ALL'AZIENDA ASP

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

in qualità di ☐ genitore/i ☐ tutor

del minore _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

frequentante la scuola _____ Classe _____ Sez. _____

telefono genitori _____ / _____
madre *padre*

ACCONSENTONO

a che la scuola avvii la procedura di segnalazione per il proprio figlio/a ai servizi sociosanitari competenti dell'ASP

Data _____

☐ *Decadenza della responsabilità genitoriale*
☐ *Deceduta*

FIRMA _____
madre

☐ *Decadenza della responsabilità genitoriale*
☐ *Deceduto*

FIRMA _____
padre