

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
"Papa Giovanni XXIII"  
SAVIGLIANO

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nella sua qualità di  
 padre,  madre,  tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ alla scuola dell'Infanzia – Primaria

AUTORIZZA

La scuola ad inviare le relazioni all'ASL CN1, affinché prenda in carico l'alunno.

La presente autorizzazione, salvo revoca, è valida per tutta la permanenza dell'alunno/a  
in sezioni o classi dipendenti dall'Istituto Comprensivo "Papa Giovanni XXIII" di Savigliano.

Savigliano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore (o chi ne fa le veci)