

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)