MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER MINORI

Il sottoscritto Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il qualità di genitore/tutore dell’alunno

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA CLASSE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a.s. 2018/2019

RECAPITO TELEFONICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A conoscenza di quanto previsto dall’art. del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali di cui può andare incontro chi rilascia false dichiarazioni

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a sottoporsi a visita medica e/o prelievo ematico presso

questo Istituto in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e solleva l’amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità per inconvenienti

che potrebbero verificarsi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_