

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.** _____

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
