



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE
CATANIA

Dipartimento Materno Infantile
U. O. C. Territoriale Materno Infantile
Medicina scolastica

Via Bambino n. 32 Catania tel 095 2545576 fax 095 2545574

l sottoscritt _____ in qualità di ☐ padre ☐ madre

AUTORIZZA

l proprio/a figlio/a _____ della classe 1^a sez. _____

a sottoporsi a visita auxologica – organizzata dalla Medicina Scolastica dell'ASP 3 di Catania – il

Catania,

Firma