

I SOTTOSCRITTI.....

MADRE.....

PADRE

DELL'ALUNNO.....

CLASSE.....

DICHIARANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A IL (indicare il giorno della settimana).....

E' AUTORIZZATO/A AD EFFETTUARE LA RILEVAZIONE POSTURALE ESEGUITA DAL PERSONALE SANITARIO DELL'ASL SALERNO FINALIZZATA A PER PREVENIRE L'INSORGENZA DI MAL DI SCHIENA ED EVENTUALI ALTERAZIONI MUSCOLO-SCHELETRICHE.

DURANTE LA RILEVAZIONE E' PREVISTA LA PRESENZA DI PERSONALE SCOLASTICO .

LUOGO, _____ DATA _____

La madre/tutrice

Il padre/tutore

FIRMA

FIRMA

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

D.P.R. 11 Febbraio 1961 n.264 titolo III Servizio di medicina scolastica.-