

I SOTTOSCRITTI.....

MADRE.....

PADRE.....

DELL'ALUNNO.....

DELLA CLASSE.....

DICHIARANO CHE IL PROPRIO FIGLIO/FIGLIA IN DATA.....

E' AUTORIZZATO A EFFETTUARE LA RILEVAZIONE DI PARAMETRI VITALI (FREQUENZA CARDIACA E SATURAZIONE DI O2) E METABOLICI (PESO, ALTEZZA, CON CALCOLO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA, E CIRCONFERENZA VITA) ESEGUITA DAL DIRIGENTE MEDICO CARDIOLOGO DOTT.SSA ANTONELLA PAGLIA E DALLA BIOLOGA NUTRIZIONISTA DOTT.SSA MICHELA CAPORRINO, NELL' AMBITO DELLA CAMPAGNA DI SCREENING SU OBESITA' E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN ETA'EVOLUTIVA

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 DPR 245/2000, e si DICHIARA di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt 316,337ter 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