



Al Dirigente Scolastico

MODULO AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
a _____, residente in _____
documento n° _____, genitore della convivente _____,
nata a _____, il _____

AUTORIZZA LA PROPRIA FIGLIA

in caso di necessità e/o urgenza, ad effettuare i seguenti esami diagnostici: RX, ECO,
TAC, RMN, ESAME DEL LIQUOR (per sospetta meningite).

Firenze, _____

Firma _____

Allegato: copia del documento d'identità (di chi autorizza)