

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLO SCREENING
DEFORMITA' VERTEBRALI**

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ Il _____ padre
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ frequentante la classe
_____ della Scuola _____ (indicare se Primaria o Secondaria di I
grado) di _____

PRESTO IL MIO CONSENSO

affinché mio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali degli specialisti addetti
all'attività di screening che scopriranno a fini diagnostici la schiena

Luogo e data

Firma

Allego alla presente copia del documento di identità

La sottoscritta _____ nato a _____
_____ Il _____ madre
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ frequentante la classe
_____ della Scuola _____ (indicare se Primaria o Secondaria di I
grado) di _____

PRESTO IL MIO CONSENSO

affinché mio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali degli specialisti addetti
all'attività di screening che scopriranno a fini diagnostici la schiena

Luogo e data

Firma

Allego alla presente copia del documento di identità

