

Al Dirigente Scolastico
Convitto annesso Ipsar
Vieste

Oggetto: autorizzazione analisi cliniche

Il/la sottoscritt _____ genitore dell'alunno/a
convittore/semiconvittore _____

AUTORIZZA

la S. V. a sottoporre suo figlio ad analisi cliniche/tossicologiche ogni qualvolta Ella lo ritenga necessario.

La presente autorizzazione è valida ed efficace per tutto il periodo in cui l'alunno ha lo status di Convittore/Semiconvittore.

Il sottoscritto è consapevole che in caso di risultato positivo alle analisi tossicologiche sarà adottato il provvedimento della espulsione dal Convitto/Semiconvitto.

Data _____

(firma del genitore)

(si allega copia documento di riconoscimento)

Al Dirigente Scolastico
Convitto annesso Ipsar
Vieste

Oggetto: autorizzazione analisi cliniche

Il/la sottoscritt _____ genitore dell'alunno/a
convittore/semiconvittore _____

AUTORIZZA

la S. V. a sottoporre suo figlio ad analisi cliniche/tossicologiche ogni qualvolta Ella lo ritenga necessario.

La presente autorizzazione è valida ed efficace per tutto il periodo in cui l'alunno ha lo status di Convittore/Semiconvittore.

Il sottoscritto è consapevole che in caso di risultato positivo alle analisi tossicologiche sarà adottato il provvedimento della espulsione dal Convitto/Semiconvitto.

Data _____

(firma del genitore)

(si allega copia documento di riconoscimento)