

**Io sottoscritto/a..... genitore
dell'alunno/a.....frequentante la classe
..... della scuola "Pluchinotta" di Sant'Agata li Battiati, autorizzo lo
screening auxologico che verrà svolto in orario antimeridiano a partire
dal 01/02/2026 da parte della Dott.ssa Cantelmo R. Dirigente medico
dell'ASP - CT.**

Luogo e data

Firma