**Al Dirigente scolastico dell’Istituto Superiore Ferrigno-Accardi di Castelvetrano**

**Oggetto: AUTORIZZAZIONE screening della vista**

I sottoscritti …………..……………………………………… e …………………………………………………… genitori dell’alunno/a …………………………………………………………….. frequentante la Classe ...…….. Sez………

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo screening gratuito della vista promosso da Maxoptical Castelvetrano, che si svolgerà nei locali dell’Istituto nelle giornate del 5 e del 12 maggio 2025 dalle ore 9.00 alle ore 12.30.

…..………………………………………. …………………………………………

Nel caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA ............................................................