

Autorizzazione screening per il diabete

La/Il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____, genitore/tutore dell'alunna/o
_____ frequentante la classe _____
dell' I.P.S.S.E.O.A. Pietro Piazza di Palermo,

ACCONSENTO

a sottoporre la/il propria/o figlia/o al test rapido di screening per il diabete, che si
svolgerà all'interno dei locali scolastici, sponsorizzata dal Lions Club Palermo Monte
Pellegrino, il

Palermo, _____

Firma _____

Autorizzazione screening per il diabete

La/Il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____, genitore/tutore dell'alunna/o
_____ frequentante la classe _____
dell' I.P.S.S.E.O.A. Pietro Piazza di Palermo,

ACCONSENTO

a sottoporre la/il propria/o figlia/o al test rapido di screening per il diabete, che si
svolgerà all'interno dei locali scolastici, sponsorizzata dal Lions Club Palermo Monte
Pellegrino, il

Palermo, _____

Firma _____