

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC Settembrini di Maddaloni

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti.....genitori  
dell'alunno/a.....classe..... sez ..... SCUOLA PRIMARIA  
plesso SAN DOMENICO

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo screening odontoiatrico gratuito organizzato dal Rotary Club  
"Maddaloni- Valle di Suessola" e svolto da medici specialisti presso il plesso San Domenico il giorno 12  
novembre 2024, dalle ore 9,00 alle ore 12,00,

Maddaloni,.....

Firma dei Genitori

-----  
-----