



CENTRO DI OFTALMOLOGIA

Oggetto: AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe/sez. _____ della scuola infanzia /primaria

AUTORIZZA

l'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus) previste dal DPR n°1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. n° 583 del 1991, nonché dai programmi Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'anno scolastico in corso.

Vittoria _____

Firma del genitore/tutore



CENTRO DI OFTALMOLOGIA

Oggetto: AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola infanzia/primaria

AUTORIZZA

l'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus) previste dal DPR n°1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. n° 583 del 1991, nonché dai programmi Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'anno scolastico in corso.

Vittoria _____

Firma del genitore/tutore



CENTRO DI OFTALMOLOGIA

Oggetto: AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola infanzia/primaria

AUTORIZZA

l'esecuzione di prestazioni sanitarie (esame ortottico e visus) previste dal DPR n°1518 del 22/12/1967 e della Circolare Ass. Reg. n° 583 del 1991, nonché dai programmi Regionali ed aziendali. Tali prestazioni saranno eseguite nell'anno scolastico in corso.

Vittoria _____

Firma del genitore/tutore
