

MODULO DI AUTORIZZAZIONE

SCREENING VISIVO GRATUITO – Ottobre 2025

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. "Di Matteo"

I sottoscritti

- Genitore/tutore: _____
- Genitore/tutore: _____

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso
_____.

AUTORIZZANO

la partecipazione del proprio figlio/a allo **screening visivo gratuito** organizzato in collaborazione con l'azienda **MAXOPTICAL** di Castelvetro, che si svolgerà presso i locali del proprio plesso nel mese di **ottobre 2025** in orario curricolare.

DICHIARANO

di essere a conoscenza che il controllo sarà effettuato da ottici professionisti e non da medici oculisti e che l'Istituto Scolastico non è responsabile per eventuali esiti dello screening.

Data _____

Firma _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____

Firma
