

MODULO PER MINORENNI

LIBERATORIA

Partecipante minorenni:

Nome _____

Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in

Via _____ N°Civico _____

Città _____ Prov. _____ Cap. _____

Autorizzazione di un genitore

Io sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

Padre/Madre di

AUTORIZZO

Mio figlio a sottoporsi allo Screening preventivo CAMPAGNA NAZIONALE MESE AZZURRO
organizzato dalla LILT SABATO 25 NOVEMBRE

Presso l'I.O. GIULIO CESARE DI SABAUDIA, via del Parco Nazionale 5.

Il minore

Firma del genitore _____