

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Papa Giovanni XXIII"
SAVIGLIANO

Il /la sottoscritto/a _____ nella sua qualità di
☐ padre, ☐ madre, ☐ tutore dell'alunno/a _____
iscritto/a nell'anno scolastico _____ all'Istituto Comprensivo Papa Giovanni XXIII,
plesso di _____

AUTORIZZA

La scuola a comunicare con l'ASL CN1 – servizio di Neuropsichiatria infantile, in merito
alla presa in carico l'alunno.

La presente autorizzazione, salvo revoca, è valida per tutta la permanenza dell'alunno/a
in sezioni o classi dipendenti dall'Istituto Comprensivo "Papa Giovanni XXIII" di Savigliano.
Savigliano, _____

Firma del genitore (o chi ne fa le veci)