

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S.S."C. AGOSTINELLI"
- CEGLIE MESSAPICA -**

_____l_____ sottoscritt_____

Padre/madre dell'alunn_____ frequentante la

classe_____/sez._____.Plesso_____

A U T O R I Z Z A

il Medico competente incaricato dall'azienda ospitante _____,
nell'ambito dell'Attività di Alternanza Scuola Lavoro per l'a.s. 2016/2017, ai sensi dell'art. 41
del D.lgs. 81/2008, ad effettuare la visita medica al/alla proprio/a figlio/a, in data
_____, presso l'ambulatorio Medico
_____.

Ceglie Messapica ,_____

F I R M A

.....

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S.S."C. AGOSTINELLI"
- CEGLIE MESSAPICA -**

_____l_____ sottoscritt_____

Padre/madre dell'alunn_____ frequentante la

classe_____/sez._____.Plesso_____

A U T O R I Z Z A

il Medico competente incaricato dall'azienda ospitante _____,
nell'ambito dell'Attività di Alternanza Scuola Lavoro per l'a.s. 2016/2017, ai sensi dell'art. 41
del D.lgs. 81/2008, ad effettuare la visita medica al/alla proprio/a figlio/a, in data
_____, presso l'ambulatorio Medico
_____.

Ceglie Messapica ,_____

F I R M A
