|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. C. S.**  LOGO scuola 200809 1**ALDO MORO** | ***Ministero dell’Istruzione e del merito*** | **Unione Europea Fondi Strutturali**  **2014-2020** | logo_pqm_1limlogodx1 | **Format** | Format |

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ALDO MORO”**

*Scuola Infanzia, Primaria e S.S.1°*

Via R. Viviani n° 2 Maddaloni, CE – tel. 0823/ 435949 – fax 0823/ 402625 – C.F. 93086020612

PEC: [ceic8av00r@pec.istruzione.it](mailto:ceic8av00r@pec.istruzione.it) e-mail:[ceic8av00r@istruzione.it](mailto:ceic8av00r@istruzione.it) sito web :[www.aldomoromaddaloni.edu.it](http://www.aldomoromaddaloni.edu.it)

**AUTORIZZAZIONE**

I sottoscritti……………………………………………………………….....……………………………...……………………genitori

dell’alunno/a……………………….................................classe……… sez ……… plesso DON MILANI

Autorizzano il/la proprio/a figlio/a……………….…………………….………………..a partecipare allo **screening odontoiatrico gratuito** organizzato dal Rotary Club ”Maddaloni- Valle di Suessola” e svolto da medici specialisti presso il plesso Don Milani il **15 ottobre 2024,** in orario scolastico.

Maddaloni,…………………………………… Firma dei Genitori

-----------------------------------------------------

…………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. C. S.**  LOGO scuola 200809 1**ALDO MORO** | ***Ministero dell’Istruzione e del merito*** | **Unione Europea Fondi Strutturali**  **2014-2020** | logo_pqm_1limlogodx1 | **Format** | Format |

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ALDO MORO”**

*Scuola Infanzia, Primaria e S.S.1°*

Via R. Viviani n° 2 Maddaloni, CE – tel. 0823/ 435949 – fax 0823/ 402625 – C.F. 93086020612

PEC: [ceic8av00r@pec.istruzione.it](mailto:ceic8av00r@pec.istruzione.it) e-mail:[ceic8av00r@istruzione.it](mailto:ceic8av00r@istruzione.it) sito web :[www.aldomoromaddaloni.edu.it](http://www.aldomoromaddaloni.edu.it)

**AUTORIZZAZIONE**

I sottoscritti……………………………………………………………….....……………………………...……………………genitori

dell’alunno/a……………………….................................classe……. sez ……… plesso DON MILANI

Autorizzano il/la proprio/a figlio/a……………….…………………….………………..a partecipare allo **screening odontoiatrico gratuito** organizzato dal Rotary Club ”Maddaloni- Valle di Suessola” e svolto da medici specialisti presso il plesso Don Milani il **15 ottobre 2024,** in orario scolastico.

Maddaloni,…………………………………… Firma dei Genitori

-----------------------------------------------------

…………………………………………………………………………….