

I sottoscritti genitori/esercanti la patria potestà \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe/sezione \_\_\_\_\_

del plesso \_\_\_\_\_

Autorizzano

Non autorizzano

Il/la proprio/a figlio/a ad essere sottoposto/a all'elettrocardiogramma dal personale

dell' Ospedale Pediatrico Bambino Gesù presso la scuola frequentata.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

---