Al Dirigente Scolastico

I.I.S. ‘Acciaiuoli Enaudi’

 di ORTONA

Il/la sottoscritt..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore esercente la patria potestà

dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_

dell’I.I.S. ‘Acciaiuoli Enaudi’ di Ortona nell’a.s.2017/18,

ai sensi e per effetto dell’art.47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole della responsabilità cui può

andare incontro in caso di dichiarazione mendace e per la formazione e l’uso di atti falsi,

DICHIARA

Di essere a conoscenza degli esami clinici necessari cui deve sottoporsi il/la propri\_\_ figli\_\_ per il conseguimento del Libretto di Navigazione, come da Regolamento dell’Ufficio Sanità Marittima Aerea Pescara (nota SMA 60-86-1444 del 24/01/03), di volersi avvalere del servizio offerto dalla scuola ed a tal fine,

AUTORIZZA

L’I.I.S. ‘Acciaiuoli Enaudi’ di Ortona a far compiere la visita medica al proprio figlio presso: UFFICIO DI SANITA’ MARITTIMA (USMAF), via Lungomare Cristoforo Colombo n°4, Pescara.

DELEGA

La scuola, ad accompagnare il/la propri\_\_ figli\_\_ presso USMAF di Pescara ed a ritirare il referto medico.

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esonera l’I.I.S. ‘Acciaiuoli Enaudi’ da ogni e qualsiasi responsabilità per infortuni e danni a cose e persone terze derivanti dalla fruizione di tale servizio scolastico da parte del/la propri\_\_ figli\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 Allegare fotocopia documento d’identità

 in corso di validità.