**Spett.le**

**I.P. DOMENICO MODUGNO**

**Di Polignano a Mare – Conversano - Noicattaro**

**Alla c.a. della D.S. Prof.ssa Margherita Manghisi**

**AUTORIZZAZIONE VISITA MEDICA**

I sottoscritti genitori \_ \_ \_

 o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tutore)
dello studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi a visita medica effettuata dal medico competente Dott. Intini Giovanni. I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che la visita medica, prevista dalla normativa in materia di sicurezza sul lavoro (Legge n. 81/2008), è necessaria per poter effettuare l’attività legata ai Percorsi per le Competenze Trasversali e l’Orientamento (PCTO) presso soggetti terzi ospitanti.

I sottoscritti comunicano che il proprio figlio/figlia **consegnerà** al dott. Intini **una documentazione in fotocopia da allegare all’esito della visita medica**, dalla quale si evince la presenza di patologie o problematiche inerenti alla salute di suo figlio/a.

Firma del Genitore Firma del Genitore

Firma del Tutore

*Medico competente DOTT. INTINI GIOVANNI VIA MURAT 40/C PUTIGNANO*