

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Artistico Statale "Ciardo-Pellegrino" - Lecce

-SEDE-

I sottoscritto/i genitori
dell'alunno/a Sezione..... classe..... frequentante c/o la
sede..... di codesto Istituto, di essere a conoscenza che il proprio figlio/a il giorno
07 marzo 2023 si recherà autonomamente presso la struttura ospedaliera Vito Fazzi di Lecce per effettuare
lo screening riferito alla procedura volontaria di iscrizione al registro Nazionale dei donatori come da
circolare.

I sottoscritti genitore/i con la presente dichiarano di esonerare da ogni responsabilità l'Istituzione
scolastica per atti accidentalmente accaduti al/alla proprio/a figlio/a durante il tragitto o nel corso dello
svolgimento delle operazione di cui sopra.

Di allega documento d'identità del genitore/i

Genitore Genitore..... Data

NB In caso di unica firma: Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle
disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 e 337ter e 337quater del codice civile che
richiedono il consenso di entrambi i genitori.