



## Richiesta di consenso al titolare della potestà genitoriale per l'espletamento degli accertamenti sanitari per Allievi minori ex D.lgs 81/2008 e s.m.

Il/la sottoscritto/a ..... in

qualità di genitore titolare della potestà genitoriale del/della

minore.....

Nato/a a ..... il .....

Codice Fiscale.....

acconsente a che lo/a stesso/a sia sottoposto dal CFP Ticino Malpensa agli accertamenti sanitari previsti nel piano di sorveglianza sanitaria, coerentemente a quanto disposto dalle vigenti disposizioni in materia di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, ex D.Lgs. 81/2008.

Luogo e data .....

Firma del Genitore/Tutore 1 \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore 2 \_\_\_\_\_

**N.B. NEL CASO IN CUI L'AUTORIZZAZIONE SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:**

*Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.*

Somma L.do, li \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ (scritti in stampatello)

Firma \_\_\_\_\_