Al Dirigente Scolastico

 Del Liceo Scientifico

 Leonardo da Vinci

## Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ a.s. 2015/2016, presa visione della Circolare Dirigenziale - Prot. n. 313/c41a del 18.01.2016 concernente gli screening specialistici gratuiti, autorizza il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi all’analisi del tampone faringeo.

Reggio Cal., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Firma***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***