

Al Dirigente Scolastico
I.C. "G. Verga"
Catania

Il sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....
frequentante la classe..... di codesto Istituto

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Il/la propri figli..... a sottoporsi alla visita dentistica che sarà effettuata in orario scolastico
giorno Dal Dott. Crisafulli per le cl. Quinte primaria.

Catania, _____ Firma