



ASSOCIAZIONE TRINITÀ DEI MONTI  
Piazza Trinità dei Monti, 3  
00187 Roma  
Tel – Fax 06/6792245

## AUTORIZZAZIONE

Noi sottoscritti.....

genitori di .....

Classe ..... Sezione.....Plesso.....

Autorizziamo

Non autorizziamo

alla sorveglianza della pediculosi

Firma dei genitori

-----  
-----

Data .....

Laddove uno dei genitori sia irreperibile si prega di sottoscrivere la seguente dicitura:

*“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.*

Firma

.....

*Istituto Sacro Cuore Trinità dei Monti  
P.zza Trinità dei Monti, n.3  
00187 – Roma  
Tel./fax: 06/6792245  
E-mail: segreteria@sacrocuoretdm.it*