**Autorizzazione**

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza suo/a figlio/a partecipare al **Progetto di Prevenzione di malattie andrologiche** (che rientra **nel Piano Regionale di Educazione alla Salute)** tenuto dal dott. F. di Millo presso l’Auditorium del liceo il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore 9,30-10,30.

Foggia, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_