



## DEFIBRILLATION DAY 30/09/2024 – AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti

..... e .....,  
genitori dello studente/della studentessa .....  
della classe .....

**AUTORIZZANO** il figlio/la figlia a sottoporsi a:

- elettrocardiogramma refertato
- misurazione dei parametri vitali
- test della glicemia

nell'ambito della partecipazione all'evento Defibrillation Day: Giornata mondiale per il cuore, che si svolgerà a San Giovanni Valdarno il giorno lunedì 30 settembre 2024.

Consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 76 e s.m., **DICHIARANO** sotto la propria responsabilità, di effettuare la scelta 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.

Firme dei genitori

.....

NEL CASO IN CUI L'AUTORIZZAZIONE SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI SI RICORDA LA NORMATIVA SOPRA RIPORTATA.