

Allegato A



in collaborazione con  **UCCIERO**
ORTOPEDIA
Nessuno è perfetto

Ai Sigg. Genitori del ragazzo/a

nato il _____

Via _____

Tel. _____

AUTORIZZAZIONE “VISITA MEDICA SCREENING”

Il/la sottoscritto/a _____, Genitore di _____ autorizza a sottoporre il proprio figlio/a ad iniziativa di screening “La schiena cresce con te” per l’individuazione di eventuali patologie a carico della colonna vertebrale, con modalità e tempi previsti dal progetto.

IL GENITORE