



Codice Autonomia n.109

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE «Leonardo da Vinci»  
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado  
– 84062 Olevano sul Tusciano (SA) –



Codice Fiscale: 80025740657	Sito internet: <a href="http://www.icolevanost.edu.it">www.icolevanost.edu.it</a>	Codice meccanografico: SAIC86400A
Telefono: 0828 307691	E-mail: <a href="mailto:saic86400a@istruzione.it">saic86400a@istruzione.it</a>	Codice Unico Ufficio: UFXNNO
Tel/Fax: 0828 612056	P.E.C. : saic86400a@pec.istruzione.it	Indirizzo: Via Leonardo da Vinci, 17

Ai genitori degli alunni della scuola Primaria e Secondaria I grado

Ai docenti

Atti/Sito/Registro elettronico

**OGGETTO: Realizzazione dell'iniziativa "Mangiare sano in età evolutiva - dalla prevenzione al trattamento" - Fondazione "La Città del Futuro"**

Si comunica che l'Amministrazione comunale con delibera n. 159 del 29/11/2024, in collaborazione con la Fondazione "La città del futuro", ha programmato la realizzazione di attività di prevenzione medica sulla salute alimentare mediante la calendarizzazione di visite gratuite, a cura delle Dottoresse Ludovica Di Leo e Giorgia Zullo, da svolgersi presso il nostro Istituto in favore degli studenti della scuola Primaria e Secondaria di I grado.

Le visite saranno effettuate nei locali dei plessi scolastici interessati, in orario curricolare con la supervisione dei docenti di classe, a partire dal mese di febbraio.

Le date saranno comunicate successivamente in base al numero di alunni aderenti.

Si allega modulo autorizzazione.

Il Dirigente Scolastico

*Dott.ssa Viviana Mangano*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai  
sensi dell'art. 3 comma 2 del D

Al Dirigente Scolastico  
I.C. L. da Vinci

**OGGETTO: Autorizzazione visita nutrizionale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

e

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di aventi titolo di responsabilità genitoriale del/della minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ afferente all'Istituto Comprensivo "Leonardo da Vinci" di Olevano sul Tusciano (SA),

● **Autorizza/ Autorizzano**

● **Non autorizza/Non autorizzano**

Il /la proprio/a figlio/a alla visita medica sulla salute alimentare che si terrà presso il plesso di appartenenza

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA degli/dell' esercenti/e la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA del tutore/ affidatario esclusivo

\_\_\_\_\_

**in caso di autorizzazione firmata da uno solo dei genitori:**

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_