

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Enrico Medi  
di Randazzo

Io / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dello studente /  
della studentessa \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'indirizzo \_\_\_\_\_

## Autorizzo

mio/a figlio/a a sottoporsi al tampone nasofaringeo che sarà effettuato dall'equipe dell'USL di  
Bronte, in data \_\_\_\_\_ presso la sede centrale dell'istituto Enrico Medi di Randazzo.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_