Spett.le
Agenzia Formativa
PIXE! di Bianchini Alessandro
Via Vici, 20 | 06034 – FOLIGNO PG
Tel. 0742 20015 – E-Mail: -Mail: **segreteria@pixeformazione.com**

Prot. N. |__|__|__|
. ^ Riservato alla Segreteria PIXE! ^

CONSENSO GENITORI PER MINORI

Il sottoscritto

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nome** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residenza a ……..…… c.a.p. |__|__|__|__|__| prov. |__|__|

in Via ……..…… Tel./Cellulare |__|__|__ / __|__|__|__|__|__|__|__|

AUTORIZZA

Il/LA PROPRIO/A FIGLIO/A MINORE

Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nome** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nata/o il |__|__ / __|__ / __|__|__|__| a |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| prov. |__|__|

ALLA FREQUENZA DEL CORSO ……..……

Luogo _____ Data |__|__|__|__|

Firma del genitore _____

allegare documento di identità del FIRMATARIO (genitore)