

## DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore

Titolare patria potestà

dell'alunno/a

Classe

Anno scolastico e formativo

Con la presente dichiaro di autorizzare l'IPSEOA "A. Vespucci" a sottoporre il/la proprio/a figlio/a a visita medica di idoneità al lavoro sia per l'accesso alle attività di laboratorio di cucina/sala bar con la mansione di allievo in formazione, sia per le esperienze di alternanza scuola-lavoro- tirocinio formativo e di orientamento curriculare che avrà svolgimento come da calendario delle alternanze pubblicato sul sito dell'istituto Vespucci.

La visita che si svolgerà presso la sede centrale dell'Istituto "A. Vespucci", in via Valvassori Peroni 8, 20133 Milano, sarà curata dal medico del lavoro incaricato, dott. Vittorio Agnoletto.

Autorizzo l'Istituto "A.Vespucci" e il dott. Agnoletto Vittorio al trattamento dei dati sensibili per gli scopi sopra evidenziati e per gli adempimenti previsti dal d.lgs 81/2008 e s.m.i.

Mi rendo disponibile a fornire ogni informazione/certificazione che possa garantire un quadro di valutazione completo in sede di visita di idoneità.

Milano, li \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_