



Direzione Sanitaria Aziendale  
U.O. Educazione e Promozione  
della Salute Aziendale  
Telefono/fax 0932.234828  
[vincenzo.trapani@asp.rg.it](mailto:vincenzo.trapani@asp.rg.it)

**DATA**

**PROT. /UOESA**

### MODULO AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONI

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il.....a..... (prov.....)

Dirigente Scolastico dell'Istituto Scolastico.....

Sede di..... Via /Piazza .....n..... CAP.....

Tel..... Mail.....

### CHIEDE

Di poter usufruire delle attività/ campagne di Educazione e Promozione della  
Salute a cura dell'U.O. Educazione e Promozione della salute aziendale, diretta  
dal Dr. Vincenzo Trapani :

- Prestazioni individuali su singoli alunni/docenti/genitori
- Prestazioni collettive per classi campionate
- Prestazioni su tutta la popolazione ( studenti/docenti) Istituto:  
conferenze,focus,convegni
- Altro.....

Data

Firma.....