



Al Responsabile della Comunità Eidos

Il sottoscritto/a, nato il
a, padre/madre/tutore del minore
nato il a

AUTORIZZA

Gli operatori della **Comunità' EIDOS** ad effettuare visite medico/sanitarie, esami, visite specialistiche e/o eventuali accertamenti tossicologici nei confronti del minore _____ collocato presso la suddetta Comunità.

Data, _____

Firma