**DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA PER LA DONAZIONE DI SANGUE**

L’alunno…………………………………………………………..frequentante

la classe………………….dell’I.I.S. “A. Meucci”, il giorno………/………………./2024, si recherà al centro Trasfusionale del NOA con il mezzo del centro stesso. Luogo di ritrovo: atrio dell’Istituto alle ore 08:15. Dopo la donazione gli alunni verranno riaccompagnati a scuola e potranno recarsi a casa senza rientrare in classe. Gli alunni che non hanno ancora l’idoneità alla donazione, saranno riaccompagnati a scuola e rientreranno in classe (in quanto effettueranno solo il prelievo e la visita di controllo).

Il sottoscritto genitore (o chi ne fa le veci) dell’alliev… …………………………………………

della classe………………….. è a conoscenza della partecipazione alla suddetta donazione.

**(SPECIFICARE SE SI TRATTA DI PRIMO PRELIEVO PER IDONEITA’……………………….**

**E INDICARE DATA DI NASCITA………………………………………….E NUMERO DI TELEFONO……………………………………. PER ESSERE INSERITI NELL’ELENCO)**

………………………………………………. ……………………………………………………

(data) (firma)