

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a
in qualità di: ■ genitore ■ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale
dell'alunno/a (Cognome) (Nome)
nato/a il e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe Indirizzo Plesso

CHIEDE

che sia somministrato/a allo/a studente/ssa sopra indicato/a il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

.....

A TAL FINE AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante lo/la studente/ssa alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico curante:

Genitori / esercenti responsabilità genitoriale:

Data

Firma