

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il

frequentante nell'A. Sc..... l'I.I.S. MEDI VACCALLUZZO

INDIRIZZO..... CLASSE.....SEZ.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della Scuola per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Data

FIRMA

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori: