

Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture educative/Direttore dell'Ente di formazione professionale della Scuola/Ente di formazione

.....
Via.....
Localita.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..... in qualità di genitore/tutore dello/a studente (Cognome e Nome).....
Nato/a ail.....
residente ain Via.....
che frequenta la classe sez
della scuola
sita in Via Cap
LocalitaProv.
consapevole che il personale scolastico non ha competenze ne funzioni sanitarie e che non e obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

(barrare la scelta)

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata

.....
.....
nei seguenti giorni ed orari:

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

.....
.....

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso

Data

In fede
Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....