

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

.....

Il sottoscritto nato a il

residente a via.....

La sottoscritta nata a il.....

residente a via.....

Genitore di/esercente la podestà genitoriale su

Cognome nome

nato/a a il

residente a.....in via

frequentante la classesez.

Essendo il figlio effetto da

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica rilasciata in data.....

dal Dr.....

I sottoscritti sono consapevoli che la somministrazione del farmaco sarà effettuata da parte di personale non sanitario di cui sia autorizza fin d'ora l'intervento.

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la podestà genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili: _____

- Pediatra di libera scelta/medico Curante _____

- Genitori _____
