

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Mons. Vassalluzzo"
Roccapiemonte

OGGETTO: Somministrazione farmaco a scuola.

Il/La sottoscritt _ _____ genitore dell'alunn_ _____
della classe__ sez.____

CHIEDE

Che al __ propri_ figli_ _____ nat_ il __/__/____ a _____

venga somministrato il seguente farmaco:,

con le seguenti modalità:

Alla presente si allega (**in busta chiusa**):

una certificazione medica attestante:

- a) lo stato di malattia;
- b) la prescrizione del farmaco da assumere (con indicazione: conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- c) la dichiarazione che il farmaco è autorizzato dal SSN;
- d) la dichiarazione della fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

data __/__/____

Firma del genitori

madre_____

padre_____