

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
IN ORARIO SCOLASTICO**

Al _____ Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di _____

I sottoscritti: _____
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/alunna _____
iscritto/iscritta a codesta Scuola, Classe _____ Sez _____ Plesso _____

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del
farmaco/i _____
come da allegata attestazione medica.

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare
tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

