

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
BEATO ANGELICO

**"FARMACI A SCUOLA"**

Il sottoscritto ..... genitore (o chi ne fa le veci)  
(cognome-nome)

Dello studente .....  
(cognome-nome)

Frequentante la classe ..... s e z .....

della scuola .....

sita a ..... in v i a ..... p r o v .....

***DICHIARA***

che il/la figlio/a deve assumere il/i farmaco/i, come da certificazione medica allegata, che i medicinali sono già stati depositati e consegnati alle collaboratrici scolastiche e che le suddette hanno riposto ..... Di quanto sopra sono state avvertite le docenti.

A tal fine il sottoscritto genitore verificherà le date di scadenza e provvederà a sostituirlo quando sarà opportuno.

***AUTORIZZA***

il personale della scuola SI  NO

Se SI:

1 nella somministrazione del farmaco SI  NO

2 nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco SI  NO

Firma del GENITORE o di chi ne fa le veci

.....

VISTO, SI AUTORIZZA  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dr.ssa Antonella Zucchelli