MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa,159 – 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax ***069630100***
Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
e-mail: **RMIC8D500D@istruzione.it** sito web: **www.ic-velletrinord.edu.it**

Allegato A

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti Sig. ra_____e Sig. _____

in qualità di: Genitori esercenti la potestà genitoriale

Dell'alunno/a_____nato/a a_____il_____

Frequentante la classe ____ sez._____ A.S. ____/_____ Plesso _____

Ordine di scuola:

☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA DI PRIMO GRADO

CHIEDONO

La somministrazione del farmaco salvavita al proprio figlio/a in ambito scolastico, come da certificazione medica allegata.

NOTE:

La seguente richiesta ha durata annuale, sarà cura del genitore all'inizio del nuovo anno scolastico rinnovarla recandosi presso gli uffici di segreteria munita di fotocopia del documento di entrambi i genitori.

Data **firma**

_____ _____

_____