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 E

CONFERMA RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO

- ☐ **SALVAVITA**
- ☐ **AUTOSOMMINISTRAZIONE**

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 riconferma per la somministrazione del farmaco per l'a.s. _____/_____al proprio figlio/a in ambito scolastico,

- ☐ **come da certificazionemedica allegata;**
- ☐ **senza certificazione medica (solo in caso di parafarmaci)**

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**

_____ _____

_____