

 <p>ISTITUTO COMPENSIVO Buttigliera Alta - Rosta</p>	<p>ISTITUTO COMPENSIVO STATALE BUTTIGLIERA ALTA - ROSTA P.ZZA DEL POPOLO N.8 10090 - BUTTIGLIERA ALTA TEL.011/9321324 - FAX. 011/9370564 E-MAIL: TOIC8AF001@ISTRUZIONE.IT PEC: TOIC8AF001@PEC.ISTRUZIONE.IT C.F.95616110011</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Maria Gabriella PARENTE

OGGETTO: Richiesta e autorizzazione di somministrazione di farmaco in orario scolastico.

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

richiede per l'anno scolastico 201 / 201 , la somministrazione del farmaco necessario per le situazioni specificate nella prescrizione medica allegata e relativo piano di azione.

Sollevo la scuola da responsabilità civili e penali derivanti da eventuali incidenti che si verificano nonostante la corretta somministrazione del farmaco.

Data _____

Firma _____

Indirizzo e recapito telefonico _____

Visto, si autorizza
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Gabriella PARENTE