



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](mailto:RMIC8D500D@istruzione.it) sito web: [www.ic-velletrinord.edu.it](http://www.ic-velletrinord.edu.it)

### Allegato A

#### **RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

IL /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Genitore  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Frequentante A.S. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

Ordine di scuola:

- INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA DI PRIMO GRADO

#### **CHIEDE**

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_