



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 UFFE4H - Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: 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
