

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo
di ZANICA

Oggetto: Richiesta somministrazione farmaco.

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
e residente a _____ Via _____ n. ____
frequentante la classe _____ della scuola _____
di _____, affetto da _____

C H I E D E

la disponibilità del personale della scuola, in caso di necessità durante l'orario di
frequenza, ad intervenire somministrando il farmaco _____,
come indicato dal certificato rilasciato dal medico curante che qui si allega.

Dichiara inoltre di sollevare l'Amministrazione Scolastica da qualsiasi responsabilità.

Ringrazia per la collaborazione.

Zanica, _____

Il genitore
