

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/  
IN ORARIO SCOLASTICO**

*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto* .....

di .....

I sottoscritti .....

genitori (o chi ne fa le veci) di

.....

frequentante la classe .....

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco/i

.....

come da allegata attestazione medica

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....