Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO CORINALDO

Oggetto: autorizzazione somministrazione farmaco

I sottoscritti ……………………………………………………………………… e ………………………………………………………………………….

genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………. frequentante la sezione/classe ………………………...

della Scuola ………………………………………………………………………….. di ………………………………………………………………………

preso atto della comunicazione n° ……………………………….. del …………………………………………………………………………...

AUTORIZZANO

gli/le insegnanti della sezione/classe …………………… della Scuola ……………………………………………………………………

di ………………………………………………………………………… a somministrare il farmaco al/alla proprio/a figlio/a, come descritto nella certificazione medica allegata.

Data ……………………………………………………………….

FIRMA