

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.C. VERBANIA TROBASO

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI
(SALVAVITA) IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/i sottoscritto/i

.....

Genitore/i - affidatario/i – tutore/i.....
dell'alunno/a

.....

Frequentante la classe

della scuola

.....

Nell'anno scolastico.....

Telefono n° 1

Telefono n° 2

.....

Vista la specifica patologia dell'alunno:

.....

RICHIEDE/ONO

▪ La somministrazione di farmaci in orario scolastico.....
.....

▪ L'intervento specifico

.....

Barrare la/le voce/i che interessa/no

Allega:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario, medico curante.....tel.....

Data

FIRMA leggibile del/i genitore/i tutore