

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Rovigo1
Via della Costituzione, 6
45100 ROVIGO**

Prot. n.(vedi segnatura)

Oggetto: protocollo per la somministrazione farmaci salvavita.

I sottoscritti.....genitori dell'alunno
.....frequentante la classe.....
presso la scuola.....per l' a.s. 20...../20.....

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che, relativamente alla patologia , ai farmaci e alla loro modalità di somministrazione e conservazione, nulla è cambiato rispetto all'anno precedente.

In fede.

Data,

I genitori

.....

.....

I Docenti

OSS

Collaboratori Scolastici

Il Dirigente Scolastico

Prof. Marco Campini