

**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