

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL PERSONALE DOCENTE
AI COLLABORATORI SCOLASTICI

I sottoscritti e
Genitori dell'alunno/a classe sez. a.s.
Scuola Istituto Comprensivo ROVIGO1

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da:

.....

CHIEDONO

in caso di necessità e/o urgenza e che si manifesti la seguente sintomatologia

.....

(descrivere brevemente la situazione di necessità e/o urgenza)

Venga somministrato il farmaco
come prescritto nel certificato medico allegato alla presente

AUTORIZZANO

Il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa

Allega a tal fine:

- Certificato medico attestante la condizione di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente
- Prescrizione farmaco con indicazione della posologia e modalità di somministrazione
- Dichiarazione del medico sulla possibilità di somministrazione del farmaco da parte di personale privo di competenze specifiche in materia

Consegna:

- Farmaco
- Altro

Rovigo _____

FIRMA DEI GENITORI

.....

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Marco Campini