**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