

Autorizzazione dei genitori alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico
C. D. "Eduardo De Filippo"
Via Scafati, 4
Santa Maria la Carità (NA)

I sottoscritti _____
in qualità di genitori/tutore dello/a studente _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____ in
Via _____ frequentante la classe _____ sez _____
del Plesso _____

Considerati gli interventi di informazione/formazione messi in atto dal Dirigente scolastico in data _____, preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola e consegnato alla famiglia in data _____

AUTORIZZANO

gli operatori scolastici _____, che si sono resi disponibili,
a somministrare i farmaci previsti all'alunno _____.

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

Data _____

Per eventuali comunicazioni: telefono fisso _____ cellulare _____

L. P. P. P. P.

V. P. P. P.