

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti genitori (Cognome e Nome).....
dell'alunna/o che frequenta la classe sez
scuola:

- ☐ INFANZIA
- ☐ PRIMARIA
- ☐ SECONDARIA DI I GRADO

AUTORIZZANO

la/il propria/o figlia/o ad assumere in orario scolastico il farmaco

(scrivere nome commerciale).....

Firma di entrambi i genitori

.....
.....

Data,