

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo
"VITTORINO DA FELTRE"
Via Finalmarina, 5
10126 Torino (TO)

I sottoscritti _____,
in qualità di genitori dell'alunno _____
frequentante la classe _____

CHIEDONO

che in caso di necessità venga somministrato il farmaco _____
(consegnato il _____ e da conservare _____) secondo
le indicazioni contenute nella certificazione del pediatra Dott. _____
_____ allegata.

Inoltre,

AUTORIZZANO

il personale della Scuola "Vittorino da Feltre" di Torino a somministrare il
farmaco in caso di _____

Si impegnano, inoltre, a fornire il farmaco e a provvedere alla
sostituzione in prossimità della scadenza.

In fede

Torino, _____

