

Modulo 4 (Autosomministrazione)

Al dirigente scolastico

E p.c. al personale della scuola

Dell'alunno _____

classe _____ SEZ. _____

Scuola _____

I/Il sottoscritti/o:

genitori di:

frequentante la classe: _____ sez. _____ Plesso: _____

INFORMA/NO

Che dal g. _____ e (presumibilmente) fino al g. _____

- il/la sottoscritta dovrà assumere un farmaco prescritto dal medico curante.
- Il/la propri/o figlio/a dovrà assumere un farmaco prescritto dal medico curante.

Firma *

nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

SI ALLEGA:
