

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la scuola
infanzia primaria secondaria 1° grado - plesso _____
classe _____

CHIEDE

la somministrazione al proprio/a figlio/a, per la patologia di cui è affetto/a, dei seguenti farmaci:

secondo le indicazioni riportate nel certificato medico rilasciato dal Dr. _____
che si allega alla presente.

Data: _____

Firma: _____

Visto, si concede: La Dirigente
 (Dott.ssa Fabiola Scagnetti)
