

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Il sottoscritto genitore – tutore dell'alunno/a
..... frequentante nel corrente anno scolastico la classe
..... presso , preso atto del protocollo in materia di
somministrazione dei farmaci a scuola adottato tra Ufficio Scolastico Provinciale e le Aziende
ULSS della Provincia di Venezia e vista la specifica patologia dell'alunno/a, con la presente

CHIEDE

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
prescrizione/ certificazione redatta da..... e allegata alla presente.
Con la presente consegna il farmacocon scadenza.
Comunica i propri recapiti telefonici : tel fisso
Cellulare
Si allega documentazione medica con l'indicazione della posologia e modalità di somministrazione.

Data
.....

In _____ fede