

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
ALL'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
luogo e data di nascita _____
frequentante la classe _____ sezione _____
della scuola _____

chiedo

che l'alunno/a si **auto-somministri** la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____

Firma del/i genitore/i

Telefono cellulare _____

Data _____

Firma del Dirigente Scolastico
Prof.ssa Cristina Stocco

La richiesta/autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico**.
Essa ha **validità per un anno scolastico** ed andrà rinnovata ogni anno scolastico.