

Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO MONTEGROTTO

Il/La sottoscritt_____ genitore
dell'alunn_____

frequentante la classe/sez. _____ della scuola _____

in riferimento alla richiesta di somministrazione dei farmaci in orario scolastico al___ figli___

presentata nell'a.s. _____

DICHIARA che

- permangono le stesse condizioni in merito a: patologia, dose e modalità di somministrazione riportati nella certificazione in Vs. possesso
- non permangono le stesse condizioni e pertanto si allegano il nuovo certificato medico e l'autorizzazione alla somministrazione dei farmaci
- il figlio non necessita più della somministrazione di alcun farmaco e pertanto è annullata la precedente autorizzazione alla somministrazione

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia e dichiarata nell'ALLEGATO4. In caso di scadenza durante l'anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

Data, _____

FIRMA di entrambi i genitori

