

ALLEGATO I

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti.....
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe del plesso
nell'anno scolastico....., affetto da
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci per l'intera durata del Viaggio
di istruzione/ soggiorno didattico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data
..... dal Dott.

CHIEDONO

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Roma, ... /... /

Firma dei Genitori
o Esercenti la responsabilità genitoriale

..... /

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel. fisso tel. cell

tel. Genitori: tel. fisso tel cell

tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra.