

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il /i sottoscritto/i

\_\_\_\_\_

genitore/i affidatario/i- tutore/i dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

**Richiedono**

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
  
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico.

Sollevando la scuola da responsabilità civili e penali derivanti da eventuali incidenti che si verificano nonostante la corretta somministrazione del farmaco, allegano, alla presente, i seguenti modelli:

1. Allegato 1 richiesta
2. Allegato 2 richiesta/Delega
3. Allegato 3bis del medico curante

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del/i genitore/i/tutore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_