

11
Dirigenza scolastica _____

Al Settore di Neuropsichiatria Infantile

Al Medico Curante _____

Ai Genitori dell'alunno _____

Classe/sezione _____ scuola _____

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di farmaci a scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta scritta del Medico Curante Dott. _____

Vista la richiesta del Neuropsichiatra Infantile Dott. _____

Vista la liberatoria firmata dal genitore Sig. _____

AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI RICHIESTI

e incarica della stessa gli operatori scolastici:

firma per accettazione

I GENITORI

Il Dirigente Scolastico
