

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Il /i sottoscritto/i _____ in qualità di genitore/i tutore/i
dell'alunno/a _____ frequentante la classe/sezione
_____ della scuola _____ nell'anno
scolastico _____

Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____

previo accordo con i sanitari

AUTORIZZANO

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____

FIRMA DEI GENITORI

