

	MS 20	Modulistica Studenti: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI	Revisione: 2
			Data: 13/01/2016
			Pagina 1 di 1
			DS: originale firmato

Mirano, li _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "LEVI-PONTI"
MIRANO (VE)

Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i – tutore/i _____
dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____
della scuola **I.I.S. "LEVI-PONTI"**
nell'anno scolastico _____
telefono fisso _____
telefono cellulare _____
telefono di _____

- Preso atto del protocollo tra CSA di Venezia/Aziende USLL della Provincia di Venezia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 28/9/2006
- Vista la specifica patologia dell'alunno/a _____

RICHIEDE/ONO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

Allega:

- Prescrizione/certificazione redatta dal _____
- Consegna farmaco specifico _____
- Farmaco con scadenza _____

FIRMA

Tale richiesta deve essere consegnata in busta chiusa direttamente al Dirigente Scolastico

1) UFFICIO PROTOCOLLO

Prot. n _____ C _____ /Ris _____ del _____