


|   |            |  |                       |
|---|------------|--|-----------------------|
|  | MS<br>20/D | Modulistica Studenti:<br><b>CONFERMA RICHIESTA<br/> SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b> | Revisione:            |
|   |            |  | Data: 13/01/2020      |
|   |            |  | 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 \_\_\_\_\_

➤ 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 alla richiesta consegnata in data \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

IL farmaco specifico:

- È in possesso allo studente \_\_\_\_\_
  - Si consegna all'istituto in data \_\_\_\_\_
- Scadenza farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA

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

1) UFFICIO PROTOCOLLO

Prot. n \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ /Ris \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_