

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo 1  
Chieti

I sottoscritt \_\_\_\_\_,  
genitori dell'alunn\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_  
sez. \_\_\_\_\_ della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria 1° grado \_\_\_\_\_,  
nell'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

DICHIARANO

Che il/la propri\_ figli\_ è affett\_ da \_\_\_\_\_

CHIEDONO

Pertanto l'autorizzazione a somministrare alle ore \_\_\_\_\_ nei giorni \_\_\_\_\_ o tutti i giorni il  
medicinale \_\_\_\_\_ come  
prescritto dal certificato medico allegato dal giorno.

Chieti, \_\_\_\_\_

Firme congiunte dei genitori

Firme \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_