

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO 1
CHIETI

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

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a è affetto da.....

CHIEDE

pertanto l'autorizzazione a tenere all'interno della propria aula i medicinali salvavita:

.....

e di permettere, in caso di necessità, la somministrazione al personale docente, come da certificato medico allegato.

Chieti,

Firme congiunte dei genitori

Firma.....

Firma.....