

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto Comprensivo Statale Copernico

via don Tornaghi, 6 - Corsico (MI) cap 20094 - **Tel.** 024402256

Cod.Mec. MIIC88900P - **C.F.** 80124470156 - **C.U.** UFQFWQ

Email: miic88900p@istruzione.it - **PEC:** miic88900p@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icscopernico.edu.it>

Allegato 5

Al Dirigente scolastico dell'I.C. "COPERNICO"

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (autonomamente da parte dell'alunno)

I sottoscritti.....e.....
in qualità di Genitori/Soggetti che esercitano la potestà genitoriale
dell'alunno.....nato a.....il.....,
frequentante nell'anno scolastico...../.....la classe.....sezione.....
sede di

CHIEDONO

l'autorizzazione alla somministrazione autonoma del minore sopra indicato del/i farmaco/i,
coerentemente alla certificazione medica allegata.

Data,

In fede (è necessaria la sottoscrizione di almeno uno dei tutori)

Firma

Firma

N.B. Recapitare la richiesta in segreteria o trasmetterla dopo la scansione via mail all'indirizzo di posta elettronica miic88900p@istruzione.it

Il Dirigente Scolastico

Aldo Domina

*Firmato digitalmente ai sensi del Codice
dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse*