#

#  Comprensivo di Porretta Terme

# Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I° grado

*via Marconi, 61 Porretta Terme ALTO RENO TERME 40046 (BO)*

*tel. 0534/22448 – fax 0534/24414 - e-mail:BOIC832006@istruzione.it*

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. di Porretta Terme

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)………………………………………………………………………

Nato/a a ………………………………………………………. il………………………………………………………

residente a ………………………………………………… in Via……………………………………………………. tel.

………………………………………………………………

studente/studentessa che frequenta la classe …………della scuola……………………………………………………….

consapevole che il personale scolastico non ha competenze nè funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

(barrare la scelta)

CHIEDO

* che mi sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

COMUNICO

* che assumo il farmaco / effettuo specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

In fede

Firma dell’interessato/a

…………………………………………………………………

Data …………………..