

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI SOMMINISTRAZIONE AUTONOMA  
IN ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti .....

abitanti in ..... Via/corso ..... n° .....

genitore dell'alunno/a ..... frequentante la

classe ..... della scuola ..... (dell'Infanzia; Primaria; Secondaria 1°

grado) di ..... (Cambiano/Pecetto) nell'anno scolastico .....

Telefono fisso ..... Cellulare .....

Vista la specifica patologia dell'alunno .....

**CHIEDE**

L'AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

**AUTONOMAMENTE** da parte di nostro figlio/a

nome ..... cognome .....

Data .....

FIRMA di entrambi i genitori

.....  
.....