

	MS 22	Modulistica Studenti: <b>AUTORIZZAZIONE</b> <b>SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b>	Revisione: 1
			Data: 13/01/2016
			Pagina 1 di 1
			DS: originale firmato

Mirano, li \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "LEVI-PONTI"  
MIRANO (VE)

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

genitore/i – tutore/i  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

della scuola

**I.I.S. "LEVI - PONTI"**

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

- Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_
- Preso atto del piano personalizzato d'intervento di primo soccorso a favore dell'alunno,  
redatto dal medico/referente ULSS, consegnato dalla famiglia in data \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZANO**

Gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti al/alla proprio/a figlio/a

Firma del genitore/trice

\_\_\_\_\_

**Tale autorizzazione deve essere consegnata in busta chiusa al Dirigente Scolastico**

1) UFFICIO PROTOCOLLO

Prot. n \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ /Ris \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_