

RICHIESTA PER AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono e autorizzano l'auto somministrazione (per età, esperienza ed addestramento) in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_ (Mod. 2)

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di richiesta: madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

Pescara,

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_