

	MS 20	Modulistica Studenti: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI	Revisione: 0
			Data: 24/05/2011
			Pagina 1 di 1
			DS: originale firmato

Mirano, li

Al Dirigente Scolastico
dell'I.T.I.S. "Primo LEVI"
MIRANO (VE)

Il/i sottoscritto/i

genitore/i – tutore/i
dell'alunno/a

frequentante la classe

della scuola **I.T.I.S. "PRIMO LEVI"**

nell'anno scolastico

telefono fisso

telefono cellulare

telefono di

- Preso atto del protocollo tra CSA di Venezia/Aziende USLL della Provincia di Venezia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 28/9/2006
- Vista la specifica patologia dell'alunno/a

RICHIEDE/ONO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

Allega:

- Prescrizione/certificazione redatta dal
- Consegna farmaco specifico
- Farmaco con scadenza

.....
FIRMA

Tale richiesta deve essere consegnata in busta chiusa direttamente al Dirigente Scolastico

1) UFFICIO PROTOCOLLO

Prot. n C /Ris del