

	MS 22	Modulistica Studenti: <b>AUTORIZZAZIONE  SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b>	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 \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA/NO**

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA

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

1) UFFICIO PROTOCOLLO Prot. n _____ C _____ /Ris _____ del _____
---