Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. NICOLINI"
DI CAPRANICA con plessi di VEJANO
Via Madre Teresa di Calcutta, snc tel. :0761 669085
vtic82500a@istruzione.it - vtic82500a@pec.istruzione.it
CM: VTIC82500A - CF: 80018870560 – Codice Univoco Ufficio UF9ZQ3
Sito:www.icnicolinicapranica.edu.it

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "G.Nicolini"

Dott.ssa Emilia Conti

Autorizzazione all'assunzione di farmaci durante il viaggio d'Istruzione

I sottoscritti_____genitori dell'alunno_____

nato a_____il_____residente a _____in via_____

frequentante nel corrente anno scolastico la classe_____Secondaria di 1° Grado di_____

dichiarano che forniranno al/alla proprio/a figlio/a i seguenti farmaci strettamente necessari:

Nome del farmaco	Quantità fornita	Posologia

I sottoscritti assicurano che il/la proprio/a figlio/a rispetterà le seguenti indicazioni:

- I farmaci sono riposti nel proprio zaino/borsa e non facilmente accessibili ad altri;
- 'assunzione del farmaco dovrà avvenire davanti a uno degli insegnanti accompagnatori;
- I farmaci personali non vanno dati ad altri compagni.

Data_____

Firma dei genitori

_____

_____