COMUNICAZIONE POSSESSO FARMACO PER AUTOSOMMINISTRAZIONE

Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO DI VILLANOVA MONDOVÌ

Il /i sottoscritto/i

..........................................................................…………………………………………………....

genitore/i affidatario/i- tutore/i ……………………………………………………………………............

dell'alunno/a ................................................…………………………………………………......

frequentante la classe.......................................…………………………………………………...

della scuola....................................................…………………………………………………........

nell'anno scolastico.............................................

Telefono fisso. .....................................................

Telefono cellulare .............................................. ……………………………………………………………

 Mail ................................................

a seguito di quanto espresso dalla Certificazione medica (allegato 3 o 3 Bis) attestante lo stato di malattia dell’alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere **e l’acquisizione dell’autonomia dell’alunno nel provvedere alla auto somministrazione**

*Comunicano*

che il farmaco è ogni giorno in possesso dell’alunno/a e viene custodito

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Il /i sottoscritto/i si impegnano ad accertarsi **ogni giorno** che l’alunno/a sia in possesso del farmaco in orario scolastico.

Data .....................................

 FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI

...................................................................

...................................................................

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

***RISERVATO ALL’UFFICIO***

**VISTO:** si autorizza

Villanova Mondovì; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL DIRIGENTE SCOLASTICO