

**Alla cortese attenzione del sig. Preside
della Scuola**

(Primaria, Sec.1° grado, Sec.2° grado)

paritaria "Astori"

Via Marconi, 22 - MOGLIANO VENETO

I sottoscritti _____ e _____,
genitori di _____, frequentante la
classe _____ nell'a.s. _____

CHIEDONO

sia instaurata, in caso di necessità, la terapia di emergenza, **di cui allegano prescrizione medica.**

I sottoscritti genitori:

- 1) autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- 2) s'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia e modalità;**
- 3) provvederanno a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti recapiti telefonici:

Mogliano Veneto, _____

Firma di entrambi i Genitori

