

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche
Dott. Maurizio Armandini

Oggetto: richiesta di somministrazione farmaci in orario scolastico

I sottoscritti.....

.....

Genitori dell'alunno/a.....

Nato/a a.....

Il.....

Residente a.....

In via.....

Frequentante la sezione/classe.....

Della scuola.....

Essendo minore ed affetto da.....

CHIEDONO

la somministrazione in orario scolastico da parte del personale scolastico del/i farmaco/i

come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....

dal Dottor.....

Data

.....

Firma dei genitori

.....

.....

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche
Dott. Maurizio Armandini

Suchna: Bache ko school ke time par agar koi dawai deni ho

Bache ka name.....
.....
Bache ke mata pita ka name.....
Place of birth.....
Date

Place of Residente.....
In via.....
Classe aur section

School ka pata.....
Namalik hote hue, uski taklif he

CHIEDONO

School ke sameh jo dawa school le adhikaari ko deni hoghi, uske medical certificate ki copy aur date likhe jab bho mila tha

.....
doctor ka name

Date
.....

Signature

.....
.....