AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO DI VALMADRERA

| I sottoscritti | | genitori |
|---|---------|----------|
| dell'alunno/a | classe | _ della |
| scuola Primaria/Secondaria di | _ | |
| AUTORIZZANO |) | |
| Il proprio figlio/a ad assumere i farmaci come da prescrizione medica allegata. | | |
| | | |
| | In fede | _ |
| | | _ |
| | | |

VISTO SI AUTORIZZA:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO Dott.ssa Carmela Teodora Carlino