

LICEO STATALE **Filippo Juvarra**



Via B. Buozzi, 16 10078 **VENARIA REALE TO**
e-mail: tops30000g@istruzione.it - tel. 011.4528203 – 4525760 - COD: TOPS30000G – CF: 97642200014

MODULO PER RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

I sottoscritti _____, padre dell'allievo/a _____ e la
sottoscritta _____, madre _____ dell'allievo/a
_____, richiede/ non richiede la somministrazione del
farmaco salvavita _____ a scuola.

In fede

Al presente modulo si allegano i documenti d'identità di tutti e due i genitori e ricetta medica in cui si descriva approfonditamente le modalità di somministrazione, l'orario e la posologia di assunzione dei farmaci. A tale richiesta seguirà convocazione ufficiale da parte del Liceo che si attiverà per formare il personale della scuola alla somministrazione.