

**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISC "Via Ugo Bassi"  
Civitanova Marche  
Sede**

**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

.....  
.....