

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a frequentante la classe
plesso.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dai Genitori:

Sig.

Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a
somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione;

Luogo e Data il