

**Alla cortese attenzione del Preside
delle Scuole Secondarie di secondo grado "Astori"
Via Marconi, 22 - MOGLIANO VENETO**

I sottoscritti _____ e _____,
genitori di _____, frequentante la
classe _____ di codesta rispettabile scuola secondaria di 2° grado,

CHIEDONO

sia instaurata, in caso di necessità, la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.

I sottoscritti genitori:

- 1) autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- 2) s'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia e modalità;
- 3) provvederanno a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti recapiti telefonici:

Mogliano Veneto, _____

Firma *

** nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.*