



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "U. Foscolo"  
Via Settembrini n. 40 - 81030 Cancellò ed Arnone (CE)  
Tel./fax 0823859072 - C.F. 80009710619

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "U. Foscolo"  
Dott.ssa Angela Cuccaro

e p. c. ai docenti della classe \_\_\_\_\_  
del Plesso \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Dichiarazione assunzione farmaci da parte dell'alunno**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)

nata a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nonché

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)

nata a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso il Plesso \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

che il/la proprio/a figlio/a può assumere, in caso di bisogno, i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_