**All. 1 - CONFERMA PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

 **Al Dirigente Scolastico I.C Bordighera**

Scuola dell’Infanzia [ ]

 Scuola Primaria [ ]

 Scuola Secondaria I grado [ ]

Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno

nato a

il

Codice Fiscale

#### frequentante la classe/sez

#### **CONFERMO e AUTORIZZO**

anche per l’**A.S. 2023/2024** la *SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA* come da Protocollo depositato presso l’Amministrazione Scolastica, di cui si allega copia.

Firma

Data

**Cellulare madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### **Cellulare padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**