

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "KAROL WOJTYLA"
PALESTRINA

Modulo 3

OGGETTO: RITIRO FARMACO A.S. _____

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori- affidatari- tutori dell'alunno/a

- frequentante la classe ___ sez. ___ della scuola dell'Infanzia
- frequentante la classe ___ sez. ___ della scuola Primaria
- frequentante la classe ___ sez. ___ della scuola Secondaria I° grado

dichiarano di aver ritirato il farmaco salvavita (*indicare il nome del farmaco in modo esatto*) _____ consegnato all'inizio dell'anno scolastico alle docenti della classe.

Palestrina, _____

Firma dei genitori- affidatari- tutori
