|  |  |
| --- | --- |
| cropped-logodefinitivo-e1457713006521.png | Via Reola – 80061 – Massa Lubrense (Na) – Tel.: 0818780013 - Fax 0818085119[**www.icpulcarelli.gov.it**](http://www.icpulcarelli.gov.it)**naic8d900t@istruzione.it****naic8d900t@pec.istruzione.it**C:\Users\acer5\Downloads\loghi_indire_web\logo_indire_web.jpg |
| Indicazioni in merito alla generazione del Codice Unico di Progetto (CUP) | emblema_gr |  | start.jpg | http://www.qualitascuola.com/favicon.ico |

Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO

PULCARELLI PASTENA

Massa Lubrense

Il/ La sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di primo grado

In riferimento alla richiesta di somministrazione dei farmaci in orario scolastico al\_\_\_\_ figl\_\_\_\_

Presentata nell’a.s.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA che

**□** permangono le stesse condizioni in merito a: patologia, dose e modalità di somministrazione riportati nella certificazione in Vs. possesso

**□** non permangono le stesse condizioni e pertanto si chiede l’aggiornamento del piano terapeutico

Allega prescrizione/certificazione redatta dal/dalla Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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