**Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO**: Somministrazione farmaco\_interruzione

La sottoscritta ................................................................... ......................................................................

genitore di .....................................................nato a ......................................... il ..................................

frequentante la classe / sez. .......... della Scuola dell'Infanzia / Primaria / S.S.I.G. plesso

scolastico.……………………………………......................................................................................

 **COMUNICA**

Che il proprio figlio non ha più la necessità che gli venga somministrato il farmaco salvavitao indispensabile**.**

Altopascio,

 Firma del genitore

..................................................................................