

**ALLEGATO N. 2**  
Al Dirigente Scolastico  
I.C. "L. Settembrini"  
Maddaloni

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

Genitori/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe 3<sup>a</sup> Sez. \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_

Tel. cell. \_\_\_\_\_

Tel. di \_\_\_\_\_

VISTA LA SPECIFICA PATOLOGIA DELL' ALUNNO/A \_\_\_\_\_

**INFORMANO IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

circa la completa autonomia del minore nella gestione del problema di salute in merito all'assunzione,  
durante il viaggio d'istruzione, dei seguenti farmaci:

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

Data,

Firma(padre) \_\_\_\_\_

Firma (madre) \_\_\_\_\_