

Al Dirigente Scolastico  
"E. Cocchia -Dalla Chiesa"  
Via Tuoro Cappuccini, 95  
AVELLINO

**Oggetto: Autorizzazione Pronto Soccorso.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso la Scuola in indirizzo

**SEGNALA**

Il sussistere delle seguenti patologie, allergie o altro:

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

Allega copia della seguente documentazione medica:

\_\_\_\_\_

**E DICHIARA**

di essere a conoscenza che, in caso di necessità, la scuola provvederà a far intervenire il 118 per i provvedimenti sanitari del caso, non potendo assumersi la responsabilità di somministrare alcun farmaco.

Avellino, \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_