Alla cortese attenzione

del Dirigente Scolastico

Dott.ssa Margherita Serra

Oggetto: rinuncia protocollo farmaco salvavita

Con la presente il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____ iscritto presso la classe _____ della scuola

- ☐ Infanzia Don Milani
- ☐ Infanzia Buonarroti
- ☐ Primaria Don Milani
- ☐ Primaria M. Bianchi
- ☐ Secondaria

sentito il parere del medico curante **dichiaro** sotto la mia responsabilità di voler rinunciare al protocollo farmaco salvavita stilato nell'a.s. 2023/2024.

Cernusco sul Naviglio, il _____

Cordiali saluti

_____