

Al Dirigente Scolastico

Liceo Scientifico Amedeo Avogadro

Roma

## **AUTORIZZAZIONE FARMACI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore/tutor dello studente

\_\_\_\_\_

classe \_\_\_ sez \_\_\_ partecipante al viaggio di accoglienza classi  
prime:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Autorizza il proprio figlio/figlia ad assumere i seguenti  
farmaci:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Roma,

FIRMA del genitore/tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_