



Comune di Padova

Settore Servizi Scolastici
Via Raggio di Sole, 2 Padova

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI D'URGENZA

Anno Scolastico _____

N.B.: La domanda va presentata ogni anno scolastico

Il/la sottoscritto/a
(cognome e nome genitore)

genitore di nato il
(cognome e nome bambino/a)

indirizzo e – mail

frequentante l'asilo Nido Comunale.....

CHIEDE

che vengano somministrati al proprio figlio/a i seguenti **FARMACI D'URGENZA:**

.....
.....

secondo le indicazioni contenute nel certificato medico allegato.

SI ALLEGA:

- **certificato medico;**
- **copia del documento d' identità in corso di validità;**
- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio in cui si dichiara che il certificato medico allegato è conforme all'originale in proprio possesso.**

Il/la sottoscritto/a libera l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità al riguardo.

Padova, lì

Firma del genitore

.....

Da presentare all'Ufficio Amministrativo Asili Nido

- **presso il SETTORE SERVIZI SCOLASTICI - Via Raggio di Sole, 2**

orario di apertura al pubblico:

LUN. MER. GIO. VEN.

dalle 08:30 alle 12:30

MAR.

dalle 15:00 alle 17:00

GIO.

dalle 15:00 alle 16:30

MARTEDI' MATTINA

CHIUSO

via MAIL all'indirizzo **ufficionidi@comune.padova.it**