



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

D) Autorizzazione per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica 5° Circolo
Via Manfredi, 40
Piacenza

Constatata la assoluta necessità SI AUTORIZZA all'alunno/a
cognome e nome
data di nascita.....
residente a
in via n. tel.
frequentante la classe
della sede di via
la seguente attività a supporto vitale:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)