

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. RANDACCIO"

Via Canaletto n° 10- 34074 MONFALCONE

tel. 0481494675 fax: 0481494677

email: goic804ood@istruzione.it - indirizzo web: www.icrandaccio.goiss.it

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

"Giovanni Randaccio

সম্মিলিত স্কুল "জভান্নী রান্দাচো" এর

স্কুল পরিচালকের প্রতি,

Oggetto: Richiesta di somministrazione farmaci in orario scolastico

বিষয়: স্কুল চলাকালীন সময়ে ঔষুধ সেবনে আবেদন

Il sottoscritto(আবেদনকারী পিতা/মাতা নাম): _____

nato il(জন্মতারিখ): _____ a(স্থান): _____ residente

a(রেসিডেন্ট): _____ Via(ভিয়া): _____

n°(নম্বর): _____ genitore di(ছাত্রের নাম): _____

nato/a a(জন্মস্থান): _____ il(জন্মতারিখ): _____

frequentate codesta istituzione Scolastica (Infanzia- Primaria- Secondaria di 1° grado)বর্তমানে যে স্কুলে শিক্ষার্জন করছে (শিশুস্কুল- প্রাথমিক স্কুল- মাধ্যমিক স্কুল প্রথম গ্রেড)

AUTORIZZA(অনুমতি প্রধান করা হচ্ছে)

ai sensi della Nota Ministeriale prot. n. 2312/DIP/SEGR del 25.11.2005 alla somministrazione di farmaci come da allegata certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alluno, con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione,modalità e tempi di somministrazione, posologia...আইনি ধারা নম্বর ২৩১২/২৫.১১.২০০৫ এর ভিত্তিতে ছাত্রের অসুস্থতার উপর ভিত্তি করে ডাক্তারি সার্টিফিকেটের মাধ্যমে উল্লিখিত ঔষধ এর নিয়মাবলী অনুযায়ী সেবন করার অনুমতি প্রদান করা হচ্ছে।

প্রসক্রিপশন থাকতে হবে;

N.B. - La confezione dei farmaci dev'essere integra. বি:দ্র: ঔষধের প্যাকেট সম্পূর্ণ ভাবে যাবতীয় তথ্যসহ আনতে হবে।

Data(তারিখ): _____

Firma(সিগ্নেচার): _____