

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico
dell I.C "Albavilla"

Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a nato a il

in qualità di Genitore Esercente la potestà genitoriale

di nato a il.....

frequentante nell'A. Sc 202 / 202...

la Scuola dell'Infanzia sez

la Scuola Primaria di Albavilla cl. ___ sez.

la Scuola Primaria di Orsenigo cl. ___ sez.

la Scuola Secondaria I cl. ___ sez.

CHIEDE

L'Autorizzazione ad accedere ai locali della Scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia

data

In fede
Firma

_____ -

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori: