

Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte dei genitori o di loro delegati)* **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :

☐ dell'Infanzia

☐ Primaria

☐ Secondaria

Classe ..... Sezione.....

### **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.

### **\*\*\*Eventuale Delega**

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

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

**In fede.**

Firma .....

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**