

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico
dell I.C "Tavernerio"

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 Genitore Esercente la potestà genitoriale
di

di nato a il.....

frequentante nell'A. Sc..... la Scuola dell'Infanzia sez Primaria Sez.
.....

Media 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: