

Al Dirigente Scolastico
IC Dante Alighieri
Sede

Oggetto: Richiesta di 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..... la Scuola dell'Infanzia sez ☐ Primaria Sez.

☐ Superiore di I grado 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.

Data

FIRMA

Numeri di telefono utili:

medico curante:

genitori: