

## 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: .....