

**Allegato 6: “RICHIESTA ACCESSO A SCUOLA PER
SOMMINISTRAZIONE FARMACI”**

Al Dirigente Scolastico

Del _____

Il sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/____/

residente a _____ Provincia _____ CAP _____

Via _____ n° _____ frequentante la classe _____

CHIEDE

in nome e per conto dell'altro genitore

l'autorizzazione ad accedere nei locali della scuola, in orario scolastico, per somministrare il
farmaco/i (scrivere il nome del farmaco/i) _____
_____ al proprio figlio, come da
certificazione/prescrizione medica allegata, personalmente o tramite il Sig/ra
_____ da me delegato/a.

Allegare documento di identità del delegato.

Data _____

Firma _____