

COMPILANO I GENITORI

Allegato 4

Alla Direttrice della Scuola
dell'Infanzia "Istituto De Pino" di
MARATEA

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 "Istituto De Pino."

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,

Data

Firma

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori