

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS Santoni di Pisa

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE A SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

l sottoscritt_ genitore di
..... nat_ a il residente a in via
..... frequentante la classe sez. della Scuola
.....

essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiede **l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola per la somministrazione al_ propri_ figli_**, in orario scolastico, del farmaco di seguito indicato, come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal dott.

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione posologia

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo a.s.)

Luogo e Data il

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

Eventuale Delega

l sottoscritt_, in caso di impossibilità a recarsi a scuola, **delega** _l_ signor_ nat_ a

il, **a somministrare** al_ propri_ figli_ il farmaco sopra indicato secondo le modalità già descritte.

Si allega copia del documento di riconoscimento del delegato

documento n. rilasciato il da

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà
.....

Firma del delegato
.....