

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
 SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 – 00049 Velletri (RM) - ☎ 069634194 fax 069630100
 Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
 e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.gov.it

MOD.A1

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO
 DA PARTE DEI GENITORI O DI LORO DELEGATI**

IL /la sottoscritto/a _____ in qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____

Frequentante A.S. _____ la classe _____ sez _____ Plesso _____

Ordine di scuola:

- INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

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/La Sig./ra _____ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico di somministrazione, è delegato/a 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

Data _____

Firma _____

RECAPITI

