



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA
 MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA' E RICERCA
 DIREZIONE DIDATTICA STATALE
 1° CIRCOLO

Via Emanuele Bellia n° 166 - 95047 Paternò (CT)
 Tel.095/842677 - Fax 095/859773 - Email CTEE06700T@ISTRUZIONE.IT
 P.E.C.: ctee06700t@pec.istruzione.it
 Sito web: www.primocircolopaterno.gov.it

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico del I.C.D. "G. Lombardo Radice" Paternò

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci da parte dei genitori o di loro delegati in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/ain qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

di (cognome)(Nome)..... nato

il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....

la classe/sezione della Scuola : dell'Infanzia Primaria

p l e s s o: Centrale Via Studi

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