

## SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DEI GENITORI E /O TUTORI LEGALI

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... plesso .....  
dell'I.C..... nell'anno scolastico.....,  
affetto da..... e  
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott.  
.....

### CHIEDONO)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....  
.....

#### Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. .... tel.

.....

#### NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.