



**Istituto Comprensivo "E. De Amicis"
Infanzia-Primaria-Scuola Secondaria I grado**

Via Roma 20 – 89039 Plati (RC) –
Codice Fiscale: Cod. Miur: RCIC83700B Codice Fiscale:81001990803
Tel: 0964-478088 – Sito www.icdeamicis-plati.edu.it
e- mail: rcic83700b@istruzione.it – rcic83700b@PEC.ISTRUZIONE.IT

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. E. De Amicis Plati

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 potestà genitoriale di

(Cognome)(Nome).....

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

la Scuola : dell'Infanzia Primaria Secondaria

Classe Sezione..... plesso.....

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.**

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Plati,

Firma