

Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.C.S.Margherita di Navarra

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico**

I sottoscritti (*nome e cognome padre*) \_\_\_\_\_,  
(*nome e cognome madre*) \_\_\_\_\_,  
**genitori** dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della Scuola inf/prim/sec. del plesso di \_\_\_\_\_,  
essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità, come da  
allegata richiesta medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

**chiedono**

che le persone sottoelencate possano accedere ai locali scolastici per somministrare i farmaci prescritti al proprio figlio (*indicare nominativo, grado di parentela o qualifica*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_