

Oggetto: Richiesta autorizzazione accesso ai locali per somministrazione farmaco.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ in qualità di

☐ Genitore

☐ Esercente la potestà genitoriale

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ in qualità di

☐ Genitore

☐ Esercente la potestà genitoriale di _____ - _____ nato a _____ il _____

frequentante la

☐ Scuola dell'Infanzia Plesso _____

☐ Scuola Primaria Plesso _____

☐ Scuola Secondaria di primo grado Plesso _____

classe /sezione _____

CHIEDE/CHIEDONO

☐ di poter accedere

☐ di poter far accedere suo/suoi delegato/i sig.re/ra/ri/re _____

ai locali scolastici durante l'orario scolastico

☐ nei giorni _____

☐ tutti i giorni nel seguente orario _____

☐ dal _____ al _____

☐ per tutto l'anno scolastico _____

☐ in occasione di emergenza medica causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

I/Il farmaco/i sono custoditi dalla figura delegata alla somministrazione.

I genitori inoltre autorizzano, in caso di figura specialistica, tale figura a (specificare eventuali esigenze di tipo sanitario in orario scolastico correlate con la certificazione sanitaria presente agli atti):

_____.

Si dichiara che le figure individuate hanno i requisiti necessari a garantire l'assistenza sanitaria richiesta per la somministrazione del farmaco per il minore suddetto e sollevano l'istituzione scolastica da eventuali responsabilità correlate all'operato di suddette figure.

Si allegano fotocopie dei documenti di identità delle figure delegate.

Pontinia,

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