

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti genitori / esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____
Frequentante la scuola _____ nella classe _____ sez. _____
Residenti a _____ in via _____ n.° _____

CHIEDONO

di poter accedere/far accedere il loro delegato Sig./Sig.ra _____
ai locali scolastici frequentati del proprio figlio/a, durante l'orario scolastico nei giorni
_____ e nei seguenti orari _____
al fine di somministrare la terapia alla quale il proprio figlio/a è sottoposto.

Inoltre, si impegnano a fornire i farmaci e la prescrizione medica recante la necessità di somministrazione a scuola con posologia e modalità.

In attesa di un riscontro, si inviano distinti saluti

Firme dei genitori o esercenti potestà genitoriale

Floridia, li _____

Autorizzazione