

**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  Scuola Primaria  Secondaria di I Grado di Buccino

plesso di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter accedere

poter far accedere suo delegato, sig.re/ra

\_\_\_\_\_ ai locali scolastici durante l'orario scolastico

nei giorni \_\_\_\_\_

nel seguente orario \_\_\_\_\_

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.

Numeri di telefono utili:

medico curante \_\_\_\_\_ cell.genitori \_\_\_\_\_

In fede

Firma genitori

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