

OGGETTO: Richiesta di accesso per somministrazione farmaco ad alunno/a

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale di Zevio

I _____ sottoscritti _____ e
_____, genitori/esercenti la responsabilità genitoriale
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ del plesso
_____.

VISTA la necessità terapeutica certificata dal medico curante in data _____ (che si allega alla presente);

CONSIDERATO che la somministrazione del farmaco denominato _____ non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico,

DICHIARANO la propria volontà di provvedere direttamente e autonomamente alla somministrazione del suddetto farmaco presso i locali della scuola;

CHIEDONO l'autorizzazione affinché il genitore Sig./Sig.ra _____ possa accedere all'istituto nei seguenti orari:

orari: _____

per il periodo dal _____ al _____.

I sottoscritti sollevano l'Istituzione Scolastica e il personale tutto da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, restando l'atto medico sotto la loro diretta e personale responsabilità.

Data _____

Firma dei genitori

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA – Provvedimento del Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico, vista la documentazione prodotta, **AUTORIZZA** l'accesso del Sig./Sig.ra _____ per le finalità sopra indicate.

La somministrazione dovrà avvenire nel locale: _____
(garantendo la massima privacy).

Si dispone che il/la coordinatore/coordinatrice di classe e i collaboratori scolastici in servizio all'ingresso siano debitamente informati della presente autorizzazione.

Il Dirigente Scolastico
