

Allegato 6

Al Dirigente Scolastico  
CPIA Caltanissetta ed Enna  
Sede

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il ..

in qualità di  Genitore  Esercente la potestà genitoriale

di ..... nato a ..... il ..

frequentante nell'A. Sc..... la Scuola dell'Infanzia sez .....  Primaria Sez. ....

Superiore di I grado sez

CHIEDE

L'Autorizzazione ad accedere ai locali della Scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Data

FIRMA

**Numeri di telefono utili:**

**medico curante:** .....

**genitori:** .....