**Allegato D**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo

PESCARA 7

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE A SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

*(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)*

\_l\_ sottoscritt\_ .................................................................................... genitore di ........................................................ ……………………. nat\_ a .............................................. il .................. residente a .............................................................. in via .......................................................................................... frequentante la classe ..................... sez. ……………….. della Scuola ...........................................................................................

essendo il minore effetto da …............................................................. e constatata l'assoluta necessità, chiede **l’autorizzazione ad accedere ai locali della scuola per la somministrazione al\_ propri\_ figli\_**, in orario scolastico, del farmaco di seguito indicato, come da allegata certificazione medica rilasciata in data ...................... dal dott. …...........................................................................................................

Nome commerciale del farmaco ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Modalità di somministrazione…………………………………………………………………..….. posologia ……………………………..…………..

Orario: ……………………….………..….……..… Durata terapia……………..………………………………….. (entro i limiti del singolo a.s.)

Luogo e Data ................................ il ........................

 Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

 ..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .........................................

Genitori ......................................... ..............................................

**Eventuale Delega**

\_l\_ sottoscritt\_ ...................................................................................., in caso di impossibilità a recarsi a scuola, **delega** \_l\_ signor\_ ………………………………………………………………………………………., nat\_ a ………………………………………………………………

il ……………………………………….., **a somministrare** al\_ propri\_ figli\_ il farmaco sopra indicato secondo le modalità già descritte.

Si allega copia del documento di riconoscimento del delegato

documento n. …………………………………………………….. rilasciato il…………………………………. da ……………………………………………………..

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà Firma del delegato

 .................................................................................. ......................................................