*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: .....................................................