Mod. A

**RICHIESTA ACCESSO per SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al Dirigente Scolastico

**Dott.ssa Maria Di Fiore**

I / Il / La sottoscritti / o / a………………………………………………………………

(barrare una delle caselle)

* In qualità di genitori
* In qualità di affidatario esclusivo[[1]](#footnote-1)
* In qualità di tutore[[2]](#footnote-2)
* In qualità di genitore vedovo / a[[3]](#footnote-3)

Dell’alunno/a[[4]](#footnote-4) …………………………….....nato/a ……………………il........................frequentante

la classe…………….….sez…………………… Infanzia / Primaria

**CHIEDE/CHIEDONO**

Di poter accedere nella scuola alle ore …………………….per effettuare personalmente la somministrazione di farmaco coerentemente alla certificazione medica allegata (*la certificazione medica deve specificare patologia, posologia, via e tempi di somministrazione*. In tal caso il farmaco sarà portato di volta in volta dal genitore stesso al momento della somministrazione.

**Si allega certificazione medica.**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di riferimento o medico certificatore ………………………………**

**Genitori 1: ...............................................**

**Genitore 2…………………………………….**

In fede,

Data

Firma/e

Genitore 1 …………………………………….

Genitore 2 ………………………

1. **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell’art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall’art.15 della Legge n.3/2003 e dall’art.15 comma 1 della L.183/2011** [↑](#footnote-ref-3)
4. **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.** [↑](#footnote-ref-4)