**Allegato B**

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

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**(accesso nei locali della scuola)**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “G. Mazzini”

L’AQUILA

I sottoscritti ......................................................................

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

genitori di ................................................................. nato a ...................................... il .................... residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe ................ della Scuola ...................................................... di .........................................

essendo il minore effetto da …........................................................

come da allegato certificato medico rilasciato in data ................. dal dott. …........................................ constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

l’autorizzazione ad accedere ai locali della scuola per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, come da allegato certificato medico rilasciato in data ............. dal dott. …........................................

nei giorni .............................................................................................

alle ore ................................................................................................

L’Aquila, ................................ Firma

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

…. ..................................................................................

Recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità

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

Medico curante ……………………………………

**DELEGANO**

Il/La Sig/Sig.ra ………………………………………………………., di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell’incarico alla somministrazione, ad effettuare in nostra vece la somministrazione di cui sopra.

S**i allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

FIRMA

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

…. ..................................................................................