

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Capoterra 2

OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola
_____, chiede di entrare nei locali scolastici
per prestare le cure necessarie al proprio figlio e/o somministrare il farmaco con frequenza giornaliera /
altro (specificare) _____ alle ore _____ circa.

Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del
medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da
mettersi in atto in caso di necessità.

_____, _____

Firma
