

**Allegato F**

Al Dirigente Scolastico  
1° I.C. "A. De Curtis"  
Palma Campania (NA)

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore,  
in orario scolastico**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il ..... in qualità di  
genitore ovvero esercente la potestà genitoriale di ..... nato  
a ..... il ..... frequentante nell'a.s. .... la classe ..... 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.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del  
farmaco e della durata della terapia.

Palma Campania, lì .....

Firma ..... ..

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....