|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE“Paride Del Pozzo” 🖂 Via S. Spirito, 6 - PIMONTE (NA) - C.A.P.: 80050 - 🕿*Tel*: 0818792130 - 🗎 *Fax*: 0818749957  *🖃 NAIC86400X@istruzione.it* - [*http://www.icsdelpozzo.gov.it*](http://www.icsdelpozzo.gov.it)  *PEC: NAIC86400X@pec.istruzione.it*  **C.MEC. NAIC86400X C.F. 82008870634** | logo |

**ALLEGATO 4**

Alla Dirigente Scolastica

dell’IC “Paride Del Pozzo” - Pimonte

**RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti genitori / esercitanti la potestà genitoriale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sez. \_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenti a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

di poter accedere/far accedere il loro delegato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai locali scolastici frequentati del proprio figlio/a, in uno dei seguenti casi:

□ durante l’orario scolastico nei giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e nei seguenti orari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in caso di emergenza

al fine di somministrare il farmaco secondo la terapia alla quale il proprio figlio/ a è sottoposto.

Inoltre, si impegnano a fornire i farmaci e la prescrizione medica recante la necessità di somministrazione a scuola con posologia e modalità.

In attesa di un riscontro, si inviano distinti saluti.

Pimonte, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme dei genitori o esercitanti potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_