



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PIERO TERRACINA"**

**C.M.: RMIC84300T – C.F.: 97200090583**

Sede centrale: Via Luigi Solidati Tiburzi n. 2 – 00149 ROMA – Plesso Scuola Primaria "G. Caproni"

Sedi associate: Sc. Prim. "G. Vaccari" – Via G. Astolfi, 110 – Sc. Sec. di Primo Grado "V. Cardarelli"- Via E. Paladini, 12

☎ 06.55272394 ✉ rmic84300t@istruzione.it - [www.icpieroTerracina.edu.it](http://www.icpieroTerracina.edu.it)

Allegato 4

Al Dirigente scolastico dell'I.C. Piero Terracina

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte dei genitori o di loro delegati)**

I sottoscritti.....e.....in  
 qualità di Genitori/Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell'alunna/o:  
 (cognome)..... (nome).....  
 nata/o a.....il.....,  
 frequentante nell'anno scolastico...../.....la classe.....sezione.....  
 sede/plesso .....

**CHIEDONO**

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.

***Eventuale Delega***

Il Sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra a tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia (All.3 al presente protocollo).**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante** .....

**Genitori** .....

**Altri soggetti istituzionali** .....

**Roma, .....**

**In fede.**

Firma.....

Firma.....