

**PERMESSO DI ENTRATA**  
**SOMMINISTRAZIONE MEDICINALI**

A.S. 20 \_\_\_ / 20 \_\_\_

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ madre/padre  
 (altro grado parentale) \_\_\_\_\_  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante  
la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ nella scuola Primaria/infanzia/Secondaria dell' *Istituto Comprensivo "Città dei Bambini"*

**CHIEDE**

alla S.V. che le venga concesso il permesso di poter entrare nella scuola per poter somministrare medicinali

in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

a partire dal \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

tutti i giorni     una volta a settimana     due volte alla settimana

a giorni alterni     altro (specificare) \_\_\_\_\_

per motivi di \_\_\_\_\_

Allego certificato medico redatto in data \_\_\_\_\_

In caso di mancata certificazione il/la sottoscritto/a si assume la completa responsabilità della somministrazione del farmaco.

Mentana, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Allegare un documento d'identità*

.....

**VISTA** la domanda dell'interessato/a

**SI AUTORIZZA** quanto sopra

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
(Prof.ssa Maria Vittoria Pomili)