

AI Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_  
Telefono cellulare \_\_\_\_\_  
Telefono di \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

**l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico a:**

- genitori
- tutori
- Sig. \_\_\_\_\_

**per somministrare il farmaco secondo gli orari specificati nella certificazione medica;**

Si allega la prescrizione/certificazione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_