



Allegato B – Richiesta di accesso ai locali scolastici per somministrazione farmaci

I sottoscritti*
genitori/tutori/affidatari di nato a
..... il residente a
in via frequentante la classe e sezione della scuola
dell'infanzia / primaria / secondaria dell'IC 70 Marino – Santa Rosa, plesso sito a
Napoli, in via Essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata l'assoluta
necessità, come da allegata certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto

Chiedono

di accedere ai locali scolastici nei seguenti giorni e nelle seguenti ore
....., per provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno.
Qualora impossibilitati, delegano il/la sig./sig.ra nato/a
a il residente a
in via

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a
rilevare lo stato di salute delle persone) e del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data

Firma

**Genitori/chi esercita la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario, per gli alunni delle scuole dell'infanzia,
primarie e secondarie di I grado (se minorenni)*

Si allega certificazione.

Numero di telefoni utili:

Genitori _____

Tutore/affidatario _____