



**LICEO ENRICO MEDI**

Artistico – Scienze applicate - Linguistico – Scientifico  
Via M.T. di Calcutta – 80033 Cicciano (Na)  
Tel. 0818248155 - - CF 84006420636 – Cod.mecc. naps24000p  
[naps24000p@istruzione.it](mailto:naps24000p@istruzione.it)  
[NAPS24000P@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:NAPS24000P@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
[www.liceomedicicciano.edu.it](http://www.liceomedicicciano.edu.it)



## Allegato F

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Statale “Enrico Medi”  
CICCIANO (NA)

### **Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il ..... in qualità di genitore ovvero esercente la potestà genitoriale di ..... nato a ..... il ..... frequentante nell’a.s. .... la classe ..... sez.....

CHIEDE

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.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del farmaco e della durata della terapia.

Cicciano, lì .....

Firma .....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....