

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
Andrea Scriattoli

I sottoscrittiin qualità di genitori ,

- Padre
- Madre
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno CognomeNome.....
nato il.....ae frequentante nell'anno scolastico/
la Scuola
classe.....

CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZANO

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto-somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

In fede

Data,

Firma Padre

Firma Madre