

Al Dirigente Scolastico
della Scuola/dell'Istituto

I sottoscritti,
madre: (Cognome) (Nome)

padre: (Cognome) (Nome)

Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale di

(Cognome) (Nome)

nato il..... e frequentante la classe

presso la Scuola di via

Comune di anno scolastico

CHIEDE

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

A tal fine:

SI IMPEGNA

A consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire le corrette indicazioni per la conservazione del farmaco,

AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando – per quanto di propria pertinenza – gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Data,

Firma