

Al Dirigente Scolastico
della scuola

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

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 il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

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 telefoni utili:

Il Medico: _____

I Genitori: _____

Data,

Firma