

Modulo 02

Al Dirigente Scolastico della
Scuola

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome.....
nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....
La Scuola
classe.....

CHIEDE

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

A tal fine:

AUTORIZZA

- 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