Allegato n. 1

Al Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/a ……in qualità di

- ❒ Genitore
- ❒ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

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 ……

Data, …….. **Firma ……**