

.....

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