Modulo 02

Al Dirigente Scolastico
ICS F.lli Cervi - Limbiate

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/sezione…… plesso di via ……

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 …….**