

Modulo per <u>Richiesta dei genitori</u> di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza

Al Dirigente Scolastico
Dell'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ACQUASPARTA

Il /La sottoscritto/ain qualità di
 Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del/la alunno/a

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