

Al Dirigente Scolastico  
della Scuola/dell'Istituto .....

I sottoscritti,  
madre: (Cognome) ..... (Nome) .....

padre: (Cognome) ..... (Nome) .....

Genitore     Soggetto che esercita la potestà genitoriale di

(Cognome) ..... (Nome) .....

nato il..... e frequentante la classe .....

presso la Scuola ..... di via .....

Comune di ..... anno scolastico .....

### **CHIEDONO**

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

A tal fine:

### **SI IMPEGNA**

A consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero per necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

### **AUTORIZZANO**

Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando – per quanto di propria pertinenza – gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante** .....

**Genitori** .....

**Data,** .....

**Firma** .....