

## Autorizzazione per somministrazione farmaci

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ e frequentante l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

nella classe \_\_\_\_\_ **Sezione:**  **Infanzia**  **Primaria**  **Secondaria I grado**

### CHIEDE

che sia somministrato alunno/a sopra indicato/a il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine:

### AUTORIZZA

Il personale educativo della struttura ospitante l'alunno/a, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

l'alunno/a stesso/a alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

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

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_