

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 dei genitori

