

**Autorizzazione dei genitori alla somministrazione
di farmaci in orario e ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico del
Circolo Didattico di Barano d'Ischia

Il /La sottoscritto/ain qualità di
genitore/soggetto che esercita la potestà genitoriale dell'alunno
Cognome.....Nome.....
nato il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....la
classe.....sez.....plesso
.....

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 all'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