

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S. "G. Falcone" di Carini

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

di Cognome Nome.....
nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/
La Scuola
classe.....

CHIEDE

Che sia somministrato, in casi di emergenza, 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 *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriali.

