

Al Dirigente Scolastico  
Polo Tecnico Professionale Don Luigi Orione

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome.....Nome.....

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola .....

classe.....

**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 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 .....**

PSTF005006 - codiceAOO - CIRCOLARI - 0000014 - 25/09/2024 - CIRCOLARE - U