

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