

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 .....**