

**Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di farmaci per il trattamento d’urgenza.**

I sottoscritti ..... e .....  
genitori dell’alunno/a .....

che frequenta la scuola

dell’infanzia di via Cervellini, sezione \_\_\_\_

primaria, plesso

*San Giovanni Bosco*

*Frank*

*don Milani*

*Carrer*

classe \_\_\_\_ , sez. \_\_\_\_

*Tommaseo*

*Manzoni*

secondaria di I grado, sede

*Felissent*

*Mantegna*

classe \_\_\_\_ , sez. \_\_\_\_

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a è affetto da .....

**CHIEDONO PERTANTO**

che in caso d’urgenza dovuta a .....

e che si manifesta con la seguente sintomatologia (descrivere brevemente la situazione d’urgenza)

.....  
.....

venga somministrato allo stesso/a il farmaco .....  
come prescritto nel certificato medico allegato alla presente e da loro fornito.

**AUTORIZZANO**

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

**ESONERANO**

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

**Allegano a tal fine:**

Il certificato medico (**M2\_cert\_medico\_curante**, compilato in ogni sua parte) attestante le condizioni di salute dell’alunno come dichiarate nella presente.

**Consegnano:**

- il farmaco per il trattamento d’urgenza;
- altro .....

**Si impegnano a comunicare tempestivamente** alla scuola ogni altra situazione rilevante rispetto alla patologia e/o alla somministrazione del farmaco, ivi incluse variazioni nella posologia.

Data .....

Firme di entrambi i genitori

.....

.....