

(da restituire in Segreteria debitamente compilato e firmato dai genitori dell'alunno)

Al Dirigente Scolastico della
SCUOLA MATERNA RAVELLO
20015 PARABIAGO

Il/I sottoscritto/i

Padre: cognome _____ nome _____

Madre: cognome _____ nome _____

Genitori

Soggetto che esercita la potestà genitoriale dell'alunno

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ (prov. _____) frequentante

la Classe/Sezione _____ nell'anno scolastico _____/_____ presso la Scuola

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata:

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla Scuola, a garantire il controllo della scadenza e a comunicare la modalità di conservazione;

AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel **certificato medico**, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto;
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel **certificato medico**.

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Data, _____

Firma/e

