



Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a .....

In qualità di : .....

Cognome .....

Nome .....

### CHIEDE

Che le sia somministrato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica  
allegata

A tal fine

### AUTORIZZA

Il personale della struttura ospitante, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato  
**sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

**Si allega certificazione sanitaria del medico curante**

**Numero di telefono utili: Medico Curante** .....

In fede.

Data ..... firma .....

Se firma un solo genitore si acconsente alla seguente dichiarazione:

**“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.**