



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”.