



Ministero dell'Istruzione e del Merito – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x
 Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail VAIC86600x@istruzione.it
 Sito: <https://www.comprensivocrespi.edu.it> PEC: VAIC86600x@pec.istruzione.it



Al Dirigente Scolastico della
 Scuola

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a:

cognome..... nome.....

nato/a 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