



**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL II CIRCOLO DIDATTICO
DI BRONTE**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di _____

nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____/_____

la Scuola _____ classe/sezione _____

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.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

In fede

BRONTE, _____

Firma
