



Ministero dell'Istruzione - U.S.R. Sicilia



SEDE LEGALE: Via Sterope 38 - 95034 Bronte (CT) C. M. CTEE04800C  
PEO: [ctee04800c@istruzione.it](mailto:ctee04800c@istruzione.it) PEC: [ctee04800c@pec.istruzione.it](mailto:ctee04800c@pec.istruzione.it)  
SITO WEB: [www.brontesecondocircolo.edu.it](http://www.brontesecondocircolo.edu.it)  
C. F. 80016110878 - C. U. UF5QKS - Tel: 095691220

**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

\_\_\_\_\_