



Ministero dell'Istruzione e del Merito – U.S.R. Sicilia



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

**Al Dirigente Scolastico
del II Circolo Didattico
di Bronte**

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di nato a il
residente a in via..... n.....
frequentante la classesez..... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria plesso.....

CHIEDE

che al/la proprio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, il farmaco che il medico stesso ha indicato, riportante la prescrizione specifica (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione).

AUTORIZZA

Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del farmaco, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega alla presente certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Genitori

Medico curante.....

Bronte,.....

FIRMA
