**Modulo 02**

Al Dirigente Scolastico della

Scuola ……………………..

Il /La sottoscritto/a ……………………………………………………………in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome…………………………………………Nome……..………………………………

nato 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 ……………………………………….**