



**ISTITUTO COMPrensIVO SILIQUA**

Via E.Fermi n° 12 — 09010 Siliqua C.F: 92105870924

☎ 0781/73863 ☎ 0781/73799 - 0781/779007

e-mail: [caic816006@istruzione.it](mailto:caic816006@istruzione.it) PEC: [caic816006@pec.istruzione.it](mailto:caic816006@pec.istruzione.it)

[www.comprensivosiliqua.it](http://www.comprensivosiliqua.it)

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo Siliqua

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

- dell'infanzia di:  SILIQUA  VALLERMOSA
- Primaria
- Secondaria I grado

**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 scolastico 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** .....

**Data,** .....

**Firma** .....