



ISTITUTO COMPrensIVO SILIQUA
Via E.Fermi n° 12 — 09010 Siliqua C.F: 92105870924
☎ 0781/73863 ☎ 0781/73799 - 0781/779007
e-mail: caic816006@istruzione.it PEC: caic816006@pec.istruzione.it
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