



ISTITUTO COMPENSIVO STATALE

Via Regina Margherita - 09010 UTA (CA)

070/969005 070/9661226

caic874006@istruzione.it caic874006@pec.istruzione.it www.ics-uta.gov.it

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Uta (CA)

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 sezione

☐ Primaria classe

☐ Secondaria di primo grado – 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 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