



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO "7° CIRCOLO – PERGOLESI 2"**

80072 – Via Viviani, 3 – Lotto 12 – Monteruscello – Pozzuoli (NA)

Cof. Fisc. : 96029250634 - Cod. Mecc. NAIC8DW00A

Tel. 081/524.43.49 – 524.09.17 - Fax 081/524.43.49



Alla Dirigente Scolastica

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il /La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

(allegare documento di delega all'esercizio patria potestà)

dell'alunno/a.....

nato/a il.....e frequentante nell'a. s...../..... la classe sez. della

Scuola dell'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria I grado

Plesso

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata (specificare modi e tempi di somministrazione nonché la durata) .

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante 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