

ISTITUTO PARITARIO
Scuola dell' Infanzia e Primaria
"Suore Vittime Espiatrici di Gesù Sacramentato"
C.M.NA1E100006

V. Sacro Cuore n.16, Cap 80018 Mugnano-Napoli
e-mail : scuolaparitariavegs@virgilio.it / pec: scuolaparitariavegs.mugnano@pec.it
Tel. 0817452277

Autorizzazione per somministrazione farmaci

Il /La sottoscritto/ain 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

