

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO
SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscrittogenitore/tutore dell'alunno/studente.....
frequentante la classe/sezionedella scuola d'infanzia/primaria/secondaria
.....

chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

_____, li _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI
