*Al Dirigente Scolastico dell’ I.C. Wojtyla*

      l       sottoscritto/a Fare clic o toccare qui per immettere il testo.in qualità di

[ ]  Genitore

[ ]  Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome Fare clic o toccare qui per immettere il testo. Nome Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

nato il Fare clic o toccare qui per immettere il testo. e frequentante nell’anno scolastico 2024/2025

la Scuola Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

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** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Genitori** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**In fede.**

**Data,** Fare clic o toccare qui per immettere il testo. **Firma**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.