**MODELLO 2**

Al Dirigente Scolastico

IC 1 Zumbini

Cosenza

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico

da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………….. in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………… in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

dell’alunno/a (Cognome) …………………………………………

(Nome) ..………………………………nato/a il …………………… a ………………………………... e frequentante nell’anno scolastico 2024/25

l’Istituto Comprensivo 1 Zumbini classe ………………sez. ………..Scuola Primaria-Scuola Infanzia-

Scuola Secondaria di Primo Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione

medica allegata.

A tal fine AUTORIZZANO

o La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura

da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

o 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 ……………………………………………………………………

Altro Recapito……………………………………………………………

In fede

Data, …………….. Firma…………………………………………………