**AUTORIZZAZIONE SOMMINSRAZIONE FARMACI**

Al Dirigente scolastico

I.C. Casoria 1 Ludovico da Casoria centrale

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_sez. \_\_\_\_ □ di scuola dell’Infanzia □ Primaria □ Secondaria

CHIEDONO

Che al proprio figlio sia somministrato il farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come da prescrizione medica allegata

Eventuali reazioni che dovessero insorgere a seguito della somministrazione NON POSSONO essere imputate a chi si è fatto carico della stessa, pertanto i sottoscritti

SOLLEVANO

Il personale della scuola da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione del farmaco

La famiglia sarà sempre reperibile ai seguenti numeri:

Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. B.: Allegare certificazione medica con indicazioni precise per tempi e modalità di somministrazione e inviare o consegnare con firme autografe e copia documenti