



Istituto Comprensivo "G. Rovani"



Via Marconi, 44 20099 Sesto San Giovanni – MI Tel: 023658321

e- mail: miic8az009@istruzione.it sito: www.rovani.edu.it posta certificata: miic8az009@pec.istruzione.it

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/la sottoscritto/a.....in qualità di

- ☐ Genitore
☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno: Cognome.....Nome.....

della classe..... dell'Istituto Comprensivo Rovani, Sesto San Giovanni

AUTORIZZA

Gli insegnanti a somministrare al minore sopra indicato il/i seguenti farmaco/i,

.....

coerentemente alla certificazione medica allegata e in occasione del viaggio di istruzione che si terrà in data

....., sollevando gli stessi da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Inoltre,

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

Il proprio figlio ad assumere farmaci di ordine generico in caso di necessità

Sesto San Giovanni _____

Firma 1: _____ *

Firma 2: _____ *

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario

_____ *