

**Alla Dirigente  
dell'IIS "Benedetto Radice"**

**Oggetto: richiesta somministrazione farmaci in orario scolastico**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante nell'anno scolastico

2023/ 24 la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ di codesto Istituto

**CHIEDE**

che sia somministrato al/la minore sopra indicato/a il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

Il personale Docente e ATA della sede ospitante il/la minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.**

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_

Bronte, \_\_\_\_\_

firma