



### Richiesta SOMMINISTRAZIONE FARMACI per l'A.S. 2018 / 2019

#### I SOTTOSCRITTI

(cognome e nome di un genitore o di un tutore) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, cittadinanza (specificare) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e

(cognome e nome di un altro genitore o tutore) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, cittadinanza (specificare) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di: (barrare la casella) Genitori  Tutori  (\*) che esercitano la patria potestà

(\*) Nota: nel caso di tutori occorre produrre copia del provvedimento di riconoscimento legale

del/la bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla scuola dell'infanzia

( ) **Carcano Grassi** via Nazario Sauro n. 1

( ) **Paolo Vi** via Beccaria n. 7

( ) **S. Tarcisio** via Tiziano n. 6

#### CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata. A tal fine:

#### AUTORIZZANO

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 in data \_\_\_\_\_ dal medico curante Dott.

\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

Il Padre	
La Madre	
Il Tutore (eventuale)	