



Richiesta SOMMINISTRAZIONE FARMACI per l'A.S. 2017 / 2018

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)	