**Alla Dirigente Scolastica**

 **del I.I.S.S. “Ven. I. Capizzi” - Bronte**

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

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

 in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante nell’anno scolastico 2023/ 24 la classe\_\_\_sezione\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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