



ISS "Ven. IGNAZIO CAPIZZI" BRONTE
Liceo Classico - Liceo Artistico - Liceo Scientifico - IPSIA - IPSASR
CM: CTIS00900X

**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 responsabilità genitoriale

di _____ nato/a a _____ il _____ frequentante nell'anno
scolastico 2024/ 25 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