

AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO - MINORENNI

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Agropoli San Marco" di Agropoli (SA)

I sottoscritti e
in qualità di genitore/i tutore/i (barrare la voce non interessata) dell'alunno/a
.....

iscritto/a alla scuola

- ☐ Infanzia sez.
☐ Primaria classe sez.
☐ Secondaria I grado classe sez.

nell'anno scolastico Telefono fisso Tel. cellulare
.....

previo accordo con i sanitari

AUTORIZZANO

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____
GENITORI/TUTORI

FIRMA DEI

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Si allega documento di identità