

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**  
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

**I sottoscritti**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residenti \* in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

*\* (indicare entrambe le residenze se diverse)*

Genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

**o, se l'alunno è maggiorenne**

**Il sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO DELL'ASSOLUTA NECESSITÀ**  
**AUTORIZZANO / AUTORIZZA**

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico, come da allegata autorizzazione rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_, secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data \_\_\_\_\_

Firma degli esercenti la patria potestà o dell'alunno, se maggiorenne

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Medico curante: tel. amb. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Genitori: tel casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_