



# Scuole paritarie San Carlo e San Michele

Via De Amicis, 11/19 20017 Rho

Tel.: 02.9306461

[www.scuolasancarlo.net](http://www.scuolasancarlo.net)

**Allegato B/3**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti,

(Madre): Cognome.....Nome.....

(Padre): Cognome..... Nome.....

Genitore o soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome.....Nome.....

Nato il..... frequentante la classe..... presso la Scuola.....

plesso..... anno scolastico...../.....

## **CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

## **SI IMPEGNA**

A consegnare il farmaco a scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

## **AUTORIZZA**

Il personale alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Data

Firma