

Allegato 2

**Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche
Sede**

Oggetto: autorizzazione

I sottoscritti.....

.....

Genitori dell'alunno/a.....

Nato/a.....

Residente a.....

In via.....

Frequentante la sezione/classe.....

Della scuola.....

Autorizzano il personale scolastico alla somministrazione, in orario scolastico, del farmaco/i come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....

dal Dottor.....

sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per errori nella pratica di somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso che per le possibili conseguenze pregiudizievoli per la salute del minore.

Data
.....

Firma-dei genitori

.....

.....