

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Via N.M. Nicolai

Il/la sottoscritto/a .....genitore  
dell'alunno/a.....  
classe.....plesso.....

**CHIEDE, come da Regolamento d'Istituto, l'autorizzazione**

a lasciare a scuola farmaci da usare in caso di necessità in quanto il/la bambino/a è  
affetto/a da .....come da certificato medico allegato.

**AUTORIZZA**

le insegnanti e/o il personale ATA in servizio nel plesso, alla somministrazione in caso  
di bisogno, sollevando contestualmente gli stessi da eventuali responsabilità civili e  
penali derivanti dalla somministrazione dei farmaci.

In fede.

FIRMA

.....

Roma, .....

PROT. N. ....del.....

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Paolo Lozzi