



Richiesta SOMMINISTRAZIONE FARMACI per l'A.S. 2025 / 2026

I SOTTOSCRITTI

(cognome e nome di un genitore o di un tutore) _____

nato/a _____ in data _____

codice fiscale _____, cittadinanza (specificare) _____

residente a _____ () in via _____ n. _____

e

(cognome e nome di un altro genitore o tutore) _____

nato/a _____ in data _____

codice fiscale _____, cittadinanza (specificare) _____

residente a _____ () in via _____ n. _____

in qualità di: (barrare la casella) Genitori Tutori (*) che esercitano la patria potestà

(*) Nota: nel caso di tutori occorre produrre copia del provvedimento di riconoscimento legale

del/la bambino/a _____ nato/a a _____ () il _____

frequentante la scuola dell'infanzia (barrare se del caso) Sezione Primavera

() **Carcano Grassi via Nazario Sauro n. 1**

CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata *dichiarandosi sin d'ora disponibili ad ottemperare alle procedure formali eventualmente e successivamente disposte dalle autorità sanitarie preposte in materia.*

A tal fine

AUTORIZZANO

Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata in data _____ dal medico curante Dott.

_____ recapito telefonico _____

Data _____ Firma per esteso _____

Il Padre	
La Madre	
Il Tutore (eventuale)	