



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MANZONI AUGRUSO"**

Via F.sco FERLAINO – 88046 LAMEZIA TERME -- Tel. 0968 23025 – fax 0968 400084  
 www.ic-manzoni-augruso.edu.it -- e-mail [czic863005@istruzione.it](mailto:czic863005@istruzione.it) / [czic863005@pec.istruzione.it](mailto:czic863005@pec.istruzione.it)  
 c.f. 82006260796 – c.m. CZIC863005

Alla Dirigente Scolastica  
 I.C. "Manzoni-Augruso"  
 Lamezia Terme

Oggetto: richiesta di somministrazione di farmaci.

I sottoscritti.....genitori  
 dell'alunno/a..... nato/a a.....  
 Il ...../...../..... residente a ..... In Via .....  
 frequentante la classe.....della scuola.....plesso.....  
 essendo il minore affetto da ..... ,  
 constatata l'assoluta necessità

**AUTORIZZANO**

La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione medica, e **SOLLEVANO** l'Amministrazione Scolastica e i somministratori da eventuali responsabilità civili e penali derivati da tale atto.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Luogo e data

firma dei genitori

-----  
 .....