

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Matteo Ricci"
Polverigi

Il /La sottoscritto/a..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a cognome nome

nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....

la scuola di

classe.....

AUTORIZZA

Il minore stesso all' auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella
certificazione sanitaria allegata, rilasciata dal medico curante.

Data,

Firma di entrambi i genitori

.....
.....