**Al Dirigente scolastico dell’I.C.S. Don Milani**

**di Novate Milanese**

**AUTORIZZAZIONE AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e la sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sezione/classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizzano il proprio/a figlio/a all’autosomministrazione del farmaco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da prescrizione medica allegata, durante l’uscita didattica che sarà effettuata presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e per le eventuali altre uscite didattiche che saranno effettuate durante l’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esonerando la Scuola da ogni responsabilità connessa alla autosomministrazione del farmaco.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:  Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,   * DICHIARA che \_\_l\_\_padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio   oppure   * DICHIARA di essere l’unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore   Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Allegare documento d’identità del dichiarante** |