



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
Istituto Comprensivo Statale "Criscuoli"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado

**SANT'ANGELO DEI LOMBARDI**

Via S. Ianni - 83054 Sant'Angelo dei Lombardi (AV)

0827 23108 - Fax 0827 215089 - C.F. 91003700647

<http://www.iccriscuoli.eu> Email: [avic87500g@istruzione.it](mailto:avic87500g@istruzione.it)

C.M. AVIC87500G

Sezioni associate:

"MANLIO ROSSI DORIA"  
"L. DE SIMONE"  
"A. MORO"  
"V. M. SANTOLI"

TORELLA DEI LOMBARDI  
GUARDI DE LOMBARDI  
MORRA DE SANCTIS  
ROCCA SAN FELICE

Telefax:0827/44417  
Telefax:0827/41075  
Telefax: 0827/43041  
Telefax: 0827/45025

email: [scuolatorella@gmail.com](mailto:scuolatorella@gmail.com)  
email: [scuolaguardialombardi@gmail.com](mailto:scuolaguardialombardi@gmail.com)  
email: [scuolamedia.morra@gmail.com](mailto:scuolamedia.morra@gmail.com)  
email: [scuolakennedyrocca@gmail.com](mailto:scuolakennedyrocca@gmail.com)  
[Mediarocca1@gmail.it](mailto:Mediarocca1@gmail.it)

Prot. n.

Sant'Angelo dei L/di,

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale "Criscuoli"  
Sant'Angelo dei Lombardi 8AV(

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

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome.....

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

La Scuola .....plesso .....

classe.....

**CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- 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 dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**In fede.**

**Data, ..... Firma .....**