

## AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

### I sottoscritti

Cognome ..... Nome .....

Cognome ..... Nome .....

Residenti \* in .....

Via/Piazza ..... Telefono .....

*\* (indicare entrambe le residenze se diverse)*

genitori dell'alunno .....

**o, se l'alunno è maggiorenne**

### Il sottoscritto

Cognome ..... Nome .....

Residente in .....

Via/Piazza ..... Telefono .....

preso atto dell'assoluta necessità

### AUTORIZZANO / AUTORIZZA

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data .....

Firma degli esercenti la patria potestà o dell'alunno, se maggiorenne

.....

.....