

**Istituto Comprensivo “Martiri della Libertà”**

###### Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di 1° grado

###### Piazza Combattenti d’Italia,21/a – 13017 QUARONA (VC) – C.F. 91011960027

Tel. 0163 430301 - Fax 0163 432513 - Sito web: [www.icquarona.edu.it](http://www.icquarona.edu.it/)

Email: [vcic81200r@istruzione.it](mailto:vcic81200r@istruzione.it) Posta certificata: [vcic81200r@pec.istruzione.it](mailto:vcic81200r@pec.istruzione.it)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a, | |  | | | | | | |
|  | | (Cognome e nome) | | | | | | |
| Genitore/tutore di | |  | | | | | | |
| iscritto/a alla classe | | |  | | sezione |  | | |
| Scuola | infanzia | | |  | | |  | **A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | primaria | | | secondaria di I° grado | | |  |

**AUTORIZZA**

gli insegnanti a somministrare al proprio/a figlio/a il seguente farmaco:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega certificato medico con indicazioni sulla somministrazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_