

**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 Posta certificata: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_