|  |  |
| --- | --- |
|  | **MOD. 2** |

**RICHIESTA AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Al Dirigente Scolastico dell'ITI Augusto Righi di Napoli

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

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale (allegare documento di delega all'esercizio patria potestà)

dell'alunno/a.........................................................................................................

**COMUNICA**

Che l’ alunno è in grado di auto somministrazione, coerentemente alla certificazione medica allegata (la certificazione medica deve specificare modi e tempi di somministrazione nonché la durata della terapia)

nato/a il........................e frequentante nell' a.s. …………/............ la classe ............. sez. .......

A tal fine:

**SOLLEVA**

La scuola da qualsiasi responsabilità civile e penale derivante da tale atto.

II 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**