Oggetto: richiesta di somministrazione di farmaci

Il/ la sottoscritto/a genitore …………………………………………………………dell’alunno/a………………………………… frequentante la classe/sezione ………………….. della scuola di……………………………., essendo il minore affetto da………………………………………. e constatata l’assoluta necessità,

**CHIEDE**

che gli accompagnatori somministrino durante la visita guidata/viaggio d’istruzione a…………………………………… nel giorno/i…………………………………………… la terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica rilasciata in data dal Dottor…………………………………………………………… Consapevole che l’operazione viene svolta da personale scolastico non sanitario SOLLEVA lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Aulla,………………………………..

Firma dei genitori

Padre………………………………………………………………… Madre ……………………………………………………………………

**Nel caso di firma di un solo genitore**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del Dpr 245/ 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 338 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.