



Ministero dell'Istruzione e del Merito
DIREZIONE DIDATTICA STATALE - "ARISTIDE GABELLI"

Via Eugenio L'Emiro, 30 - Codice Fiscale: **80013320827** - Codice Meccanografico: **PAEE019001**

Telefono Direzione: 091/214069 – 091/6524086 - - 90135 – **PALERMO**

Sito web: www.ddgabelli.edu.it – E-mail: pae019001@istruzione.it – pae019001@pec.istruzione.it

Prot. segnatura digitale

Modulo 01 – Richiesta Genitori -

Alla Dirigente Scolastica della
 DDS A. Gabelli

Il /La/I sottoscritto/a/i _____ in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome _____ Nome _____

nato/ile frequentante nell'anno scolastico _____/_____ la Scuola Direzione Didattica

Statale Aristide Gabelli, classe _____, plesso _____

CHIEDE/CHIEDONO

che sia somministrato, in casi di emergenza, al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
 Il 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 * _____

Firma* _____

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.