

**Allegato 4 - AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
- MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Giacinto Romano" di Eboli

I sottoscritti e
in qualità di genitore/i tutore/i (barrare la voce non interessata) dell'alunno/a.....

iscritto/a alla scuola

Infanzia sez.....

Primaria classe..... sez.....

Secondaria I grado classe..... sez.....

nell'anno scolastico Telefono fisso Tel. cellulare
previo accordo con i sanitari

AUTORIZZANO

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica
allegata.

Data _____

FIRMA DEI GENITORI

