

ALL. 4

Al Dirigente Scolastico del  
Liceo statale "G. M. Dettori" di Tempio Pausania

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del genitore, in orario scolastico**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il ..... in qualità di Genitore  
Esercente la potestà genitoriale di ..... nato a .....  
il..... frequentante nell'a.s..... la classe .....sez..... indirizzo.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della Scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia

Luogo e data.....

Numeri di telefono utili:

medico curante: .....

***Luogo e data,*** \_\_\_\_\_

***Firma del genitore/tutore*** \_\_\_\_\_

***Firma del genitore/tutore*** \_\_\_\_\_

**N.B. Nel caso in cui non fosse possibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori sottoscrivere la seguente dichiarazione**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

***Luogo e data,*** \_\_\_\_\_

***Firma del genitore/tutore*** \_\_\_\_\_