Ministero dell’Istruzione e del Merito

**Istituto Comprensivo “Sandro Pertini”**

Via Thomas Mann, 8-20162 Milano 0288447715 -  0288447722

 email:**MIIC8DF00R@ISTRUZIONE.IT** **–** PEC:**MIIC8DF00R@PEC.ISTRUZIONE.it**

Cod.mecc. MIIC8DF00R C.F. 80124890155 Cod. Univoco Ufficio **UFTUDP**

 I Genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | NOME |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |
| TELEFONO REPERIBILE |
| CLASSE PLESSO  |
| **AUTORIZZANO**I docenti accompagnatori alla somministrazione, in caso di necessità, dei seguenti FARMACI DA BANCO nelle modalità e nelle dosi di seguito indicate: |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMMERCIALE DEL FARMACO | DOSI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE |
|  |  |
|  |  |

I sopraindicati farmaci saranno consegnati al docente autorizzato, in busta trasparente contenente nominativo dell'alunno e tessera sanitaria, il giorno della partenza. In **caso di antibiotici e antiallergici** alla presente deve essere allegato **certificato del medico curante.**

Con la presente autorizzazione il sottoscritto solleva il docente da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci indicati.

Se già presente un protocollo di somministrazione farmaci sottoscritto con l’istituzione scolastica, si farà fede ad esso.

Data, Firma dei genitori

…………………………..

…………………………..

N.B. La presente autocertificazione deve essere consegnata ad uno dei docenti accompagnatori massimo 2 giorni prima della data di partenza.