

**SCHEDA SANITARIA
AUTORIZZATIVA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI
ANNO SCOLASTICO 2026/2027**

I sottoscritti:

_____ e _____

Genitori dell'alunno/a _____ Classe _____

VISTA

la **allegata certificazione medica** prescrittiva dell'assunzione di un determinato farmaco ed indicativa della relativa posologia dalla quale risulta che la terapia dovrà essere, conseguentemente, somministrata in orario scolastico dal al

AUTORIZZANO

I Docenti e gli Educatori della Scuola Paritaria Primaria e Secondaria La Salle di Grugliasco (TO) alla somministrazione del e/o dei detti prescritti farmaci durante l'orario scolastico nel periodo dal al

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 - 127/97 - 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla segreteria della scuola
"I sottoscritti consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000 dichiarano di aver effettuato l'iscrizione/scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori).

Grugliasco, _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____