# **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

# **I.C. GUALDO CATTANEO**

Il/i sottoscritto/i ……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

genitore/i tutore/i dell’alunno/a…………………………………………………… frequentante la classe ………….. della scuola ………………………… nell’a. s. ……………….

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da …………………………………...

In data ……/………/………, preso atto del piano personalizzato d’intervento a favore dell’alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data ……/……../……….

Autorizza/no gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti

all’alunno ………………………………………………………………………

Data…………………………..

Firma di entrambi i genitori

……………………………………..

……………………………………..

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.