



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) | tel. 02/9027951 - fax 02/902795122  
MIIC86700T@istruzione.it - www.icsperlasca.gov.it

## **AUTORIZZAZIONI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

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

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
TELEFONO REPERIBILE	
CLASSE	
<b>AUTORIZZANO</b>	
IL DOCENTE..... 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 (data ..... ). In caso di antibiotici, antiallergici e farmaci salvavita, 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.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma genitore

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ZANCA Maria Angela**

N.B. La presente autocertificazione deve essere consegnata al Docente Coordinatore di classe entro il giorno .....