



COMUNE DI BELLUSCO
(PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA)

All'Ufficio Istruzione
Comune di Bellusco

Il/La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di
Cognome Nome
Nato a il
e frequentante la scuola classe
nell'anno scolastico 2025/2026.

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale educativo del servizio DI BELLUSCO alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico o emergenza presso il servizio DI BELLUSCO.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico curante.....

Genitori

Data

Firma