



**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.....

**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