



## Ministero dell'Istruzione

### DIREZIONE DIDATTICA STATALE - "ARISTIDE GABELLI"

Via Eugenio L'Emiro, 30 - Codice Fiscale: **80013320827** - Codice Meccanografico: **PAEE019001**

Telefono Direzione: 091/214069 – 091/6524086 - - 90135 – **PALERMO**

Sito web: [www.ddgabelli.edu.it](http://www.ddgabelli.edu.it) – E-mail: [pae019001@istruzione.it](mailto:pae019001@istruzione.it) – [pae019001@pec.istruzione.it](mailto:pae019001@pec.istruzione.it)

Prot. segnature digitale

**Modulo 01 – Richiesta Genitori -**

Alla Dirigente Scolastica della  
DDS A. Gabelli

Il /La/I sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_ in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/ile frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ la Scuola Direzione Didattica

Statale Aristide Gabelli, classe \_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_

#### CHIEDE/CHIEDONO

Che sia somministrato, in casi di emergenza, al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata,

A tal fine:

#### AUTORIZZA/AUTORIZZANO

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante** \_\_\_\_\_

**Genitori** \_\_\_\_\_

**In fede.**

**Data, ..... Firma \*** \_\_\_\_\_

**Firma\*** \_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.