  ****

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “G.Lanfranco” di GABICCE MARE (PU)**

**Via XXV Aprile, SNC, 61011, Gabicce Mare (PU)**

Cod. Mecc. PSIC81200N – C.F. 92020460413 – C.U. UFFY9A

tel. 0541/960118

Email : [psic81200n@istruzione.it](mailto:psic81200n@istruzione.it) – PEC: [psic81200n@pec.istruzione.it](mailto:psic81200n@pec.istruzione.it) - WEB: <https://www.icgabicce.edu.it>

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………….. in qualità di genitore, (oppure soggetto esercente la potestà genitoriale) dell’alunno

Cognome…………………………………………. Nome…………………………………………………….

frequentante la classe ………………

**AUTORIZZA**

Il minore alla auto somministrazione del/dei farmaco/i indicato in caso di necessità.

Farmaco/I……………………………………………………………………

Data…………………………….. FIRMA