

## **LIBERATORIA**

**DA COMPILEARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO E AL REFERENTE DELL'A.ULSS 17**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### **Autorizzano**

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci e/o somministrazione di alimenti per via parentale prescritte dal Medico di base/Medico Specialista \_\_\_\_\_  
al proprio figlio affetto da \_\_\_\_\_ come da certificato allegato,  
durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica e/o alimentare e consegnare alla scuola /referente Ulss la nuova prescrizione.

### **Sollevano**

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco e/o alimento stesso, il personale che effettua la somministrazione.

Chiedono che il personale del servizio presente a scuola, possa effettuare questa prestazione, considerato che sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### **Firma dei genitori**