

Il/La sottoscritt \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

◇ genitore      ◇ affidatario      ◇ tutore      ◇ educatore  
dell'alunn\_ / \_ \_\_\_\_\_

che nell' anno scolastico \_\_\_\_ / \_\_\_\_      ☐ frequenta      ☐ frequenterà

la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_ della scuola

◇ **infanzia**      ◇ **primaria**      ◇ **sec. primo grado**

**plesso infanzia**      ☐ "G. Rodari"      ☐ Ponte San Lorenzo      ☐ Montoro      ☐ Taizzano  
                                 ☐ Capitone      ☐ "La Quercia"

**plesso primaria**      ☐ "S. Pertini"      ☐ "P. Levi"      ☐ Gualdo      ☐ San Liberato**plesso secondaria primo grado**      ☐ "L.Valli"

nell'anno scolastico 201\_ / 201 \_

Telefono fisso ..... Telefono cellulare .....

Telefono di ..... e-mail .....

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da .....

in data ....., preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno

redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data ..... / ..... / .....

Autorizza gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti.

..... , ..... / ..... / .....

.....  
(firma leggibile)

**Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

.....  
(firma leggibile)