

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"G.Mazzini"
ERICE

I sottoscritti e in qualità di

- ☐ Genitori/e *
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico/..... il plesso
..... classe.....

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla
certificazione medica allegata:

.....
.....
.....

A tal fine:

AUTORIZZANO

☐ **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

☐ Il **minore stesso** alla autosomministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2.

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Erice,/..../....

Firma*

.

* NEL CASO FIRMI UN SOLO GENITORE

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.