

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente
Scolastico dell'Istituto
Comprensivo Statale
di
CROSIA

=====

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore *
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2019/20 il plesso
..... classe.....

CHIEDE

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

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico consapevole 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, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

CROSIA,/..../....

Firma*.....

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