

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

I Sottoscritti _____
(entrambi Genitori/Tutori)

Genitori/ Tutori dell'alunno/a _____

Nato/ a _____ il _____ iscritto/a per l'anno scolastico ____/____

presso _____ 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, 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 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

Firma

.....

.....
(entrambi i Genitori/Tutori)

San Martino Siccomario,/...../.....