**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

# Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

# "I.T.C. DE NICOLA"

San Giovanni La Punta

Il /La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore \*
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di......................................………………………………..........................

nato a.............................il………….................e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025 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 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 ……………………………………………………**

**San Giovanni La Punta …./..../.... Firma\* . . . . . . . . .**

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