

## ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

Dell' I.C "Albavilla"

Oggetto:

Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, **da parte di personale della scuola**, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il .....

in qualità di  Genitore  Esercente la potestà genitoriale

di ..... nato a ..... il.....

frequentante nell'A. Sc 202 / 202...

la Scuola dell'Infanzia sez .....

la Scuola Primaria di Albavilla cl. \_\_\_ sez.

la Scuola Primaria di Orsenigo cl. \_\_\_ sez.

la Scuola Secondaria I cl. \_\_\_ sez.

### CHIEDE

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

A tal fine

### AUTORIZZA

il personale della scuola, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.**

**Si fornisce** il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.

**Numeri di telefono utili:**

**medico curante:** .....

**genitori:** .....

**in fede**

**data**

**firma**