**Allegato D Al Dirigente Scolastico dell’I.C Albavilla**

 **OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

 I sottoscritti.......................................................................................................genitori

dell'alunno/a.................................................................................................................

nato/a a ........................................il................................................................................

residente a ....................................... in via.....................................................................

frequentante la classe.........sez.........della Scuola..........................................................

sita a ................................................. in Via....................................................................

Essendo il minore effetto da ..........................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ............................dal dott. …........................................................

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una **Chiamata di Soccorso**al **112.**

Data, Firma dei genitori

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

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