

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