

Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte di personale della scuola)* **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/ain qualità di

☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome)(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/..... la Scuola:

☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria

Classe Sezione.....

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

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

In fede.

Firma