

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "G.D.Romagnosi"
Carate Brianza

I sottoscritti.....in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a.....nato/a a.....il e frequentante nell'anno scolastico 2022/23 la classesez..... scuola Primaria, Secondaria di I grado,

CHIEDONO

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

A tal fine, autorizzano:

- ✓ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli 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

.....

Carate Brianza, .../.../....

Firma

.....