**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. n.3 di Patti

Il sottoscritto …………………………………. , nato a…………………………………………(…………), il ……………………………………,

residente a ………………………………………………………….. (………..), indirizzo:

…………………………………………………………………………………………..nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci)

E

La sottoscritta …………………………………………….. , nata a……………………………….. (………….), il …………………….,

residente a ……………………………….. (\_\_\_), indirizzo: ………………………………………………………………………………..

nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a ……………………………… nato

a.............................il………….................e frequentante nell'anno scolastico 20…./….. la classe............... della

sede di ………………………

CHIEDE/ONO

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

medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA/ONO

Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e

certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole 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

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015:

Il sottoscritto,

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità

genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante ……………………………………………

Genitori ……………………………………………………

Data………………….., …./..../....

Firma…………