



Allegato 1: Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. RAFFAELLO, Roma

I sottoscritti _____ (madre) e
_____ (padre) in qualità di genitori/ tutori
dell'alunno/a _____ nato/a
a _____ (_____) il _____ e
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola

☐ Infanzia, plesso _____

☐ Primaria, plesso _____

☐ Secondaria di primo grado, plesso _____

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 del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, 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, _____

Roma, _____

Firma
