

Allegato 1

**Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

I Sottoscritti \_\_\_\_\_  
(entrambi Genitori/Tutori)

Genitori/ Tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto/a per l'anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**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 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

**Numeri di telefono utili:**

Medico Curante .....

Genitori .....

**Firma**

.....

.....  
(entrambi i Genitori/Tutori)

Cassolnovo, ...../...../.....