

ALLEGATO 1

Al Dirigente scolastico
Dell'Istituto Comprensivo di Buccino

Buccino, _____

Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci da parte di personale della scuola in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

_____ in qualità di

- Genitore
- Esercente la potestà genitoriale

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

_____ in qualità di

- Genitore
- Esercente la potestà genitoriale

di _____

nato a _____ il _____

frequentante la Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di I Grado di Buccino

plesso di _____ 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 frequentata dal 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: _____ cell. genitori: _____

In fede

Buccino, _____

Firma dei genitori
o di chi esercita la patria potestà'

