

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "F.P. Merendino"
di Capo d'Orlando**

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte di personale della scuola) in orario scolastico.*

Il sottoscrittoin qualità di padre e la sottoscritta..... in qualità di madre

- ☐ Genitori
☐ Soggetti che esercitano la potestà genitoriale

di
(Cognome)(Nome).....

Nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....

la classe IndirizzoPlesso.....

CHIEDE

Che sia somministrato allo/a studente/ssa sopra indicato/a il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

A tal fine:

AUTORIZZANO

Il personale della scuola ospitante lo/la studente/ssa, 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

Genitori

Data

.....

Firma

.....