

 	 Ministero dell'Istruzione e del Merito Istituto Comprensivo "Primo Levi" Via Palaverta, 69 – 00047 MARINO – Loc. Frattocchie (RM) Tel./Fax 0693540044 - C. F. 90049500581 – C.U: UF5D2G RMIC8A7009 – Distretto 40 – Ambito XV Email: rmic8a7009@istruzione.it - rmic8a7009@pec.istruzione.it Sito web: https://comprensivoprimelevi.edu.it	 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC "Primo Levi" di Marino

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore *
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....
nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico..... il plesso
..... classe.....

CHIEDE

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

A tal fine:

AUTORIZZA

- 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
Luogo e data, Firma.....

Ai sensi e per effetti dell'art.47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R., in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARO che l'altro genitore
 madre/padre dell'alunno/a è a
conoscenza e d'accordo circa le scelte esercitate attraverso la presente dichiarazione.

Firma