



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "Marvasi Vizzone"
Rosarno - San Ferdinando

Piazza Duomo n° 8 - 89025 Rosarno (RC) - C.M. RCIC825005 - C.F. 91006770803
 tel. 0966773550 - E-Mail: rcic825005@istruzione.it – PEC: rcic825005@pec.istruzione.it
 Sito Web: <https://icmarvasivizzone.edu.it>

ALLEGATO 1

Oggetto: Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente scolastico
 I.C. Marvasi-Vizzone di Rosarno

I sottoscritti.....in qualità di

- Genitori*
- Soggetti che esercitano la potestà genitoriale di..... nato/aa..... il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....il plesso classe/sezione.....

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'allegato2, 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

Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- Allegato 2: attestazione del medico curante o altro personale sanitario relative alla somministrazione /autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numero di telefono utili:

Medico curante.....

Genitori.....

Firma genitori

.....,...../...../.....

**nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà*