

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'ITS "L. Sturzo"
Castellammare di Stabia

Oggetto: *Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico*

Il/La sottoscritto/a in qualità di

- genitore*
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno.....nato il.....
(Cognome e Nome)

a (.....) e frequentante nell'anno scolastico/ la
classe_____ sez. _____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, come prescritto dal medico curante nell'allegata attestazione (All.2) e coerentemente con la certificazione medica che contestualmente si consegna.

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale della scuola alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, secondo le modalità indicate 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 indicate dal personale medico nell'allegato 2.
(sbarrare la modalità prevista)

Si allegano:

1. Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante
2. Attestazione del medico curante (All.2)
3. Verbale di consegna del farmaco (All.3)

Numeri di telefono utili per immediata reperibilità:

In fede

Data,

Firma*

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