

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

Il /La sottoscritto/ain qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a.....

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

La classe Sezione..... Indirizzo.....

CHIEDE

☐ di essere autorizzato, sulla base dell'attestazione del medico curante, **a somministrare al proprio figlio** il farmaco di cui necessita per la sua specifica patologia, come certificato dal medico, presso la scuola in orario scolastico, sotto la propria esclusiva responsabilità, il medicinale sarà portato a scuola direttamente dal sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità.

☐ che il/la figlio/a....., **autonomo/a** nella gestione del problema di salute per età, esperienza e addestramento, sia autorizzato, in caso di necessità, ad **autosomministrarsi a scuola** il farmaco, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:.....

☐ che siano somministrati al minore sopra indicato i farmaci, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:.....

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, nel contempo, consapevole che non si tratta di personale sanitario, **solleva l'amministrazione e il personale scolastico 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 .

☐ Dichiaro che i farmaci saranno custoditi personalmente dall'alunno....., da cui potranno essere prelevati in caso di necessità;

☐ Dichiaro che i farmaci saranno consegnati al personale della scuola e comunica pertanto le seguenti modalità di conservazione e di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Numeri di telefono Genitori

In fede.

Firma