

ISTITUTO COMPRENSIVO "LUIGI DENZA – C.MARE 4"

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico / extra scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"
di Castellammare di Stabia

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ (___), il _____, residente a _____
_____ (___), indirizzo: _____
_____ nella
qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____
_____ (___), il _____, residente a _____ (___),
indirizzo: _____

_____ nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci)
dell'alunno/a.....nato a..... il
.....
e
frequentante nell'anno scolastico la classe.....sezione... della
scuola Primaria/Infanzia/Sec. I grado

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, come prescritto dal medico curante nell'allegata attestazione (All.2) e 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

Castellammare di Stabia, Data _____

IN FEDE

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n.5336/ del 2-9-2015:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Castellammare di Stabia, .../.../....

Firma* _____