Allegato 1

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. Via Regina Elena

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte del personale della scuola debitamente formato)**

I sottoscritti…………………….…………………e…………………..…………...………………in qualità di Genitori/Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell’alunno…………………………………..……………………nato a………………..………….. il………….………e frequentante nell’Anno Scolastico …………/………….la classe………. sezione………. sede di ………………………..,

**CHIEDONO**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, ……………………… coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: ……………………………….........................................................

A tal fine:

**AUTORIZZANO**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso 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 .

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………………………………………………………

Genitori …………………………………………………………………………………………………

Altri soggetti istituzionali ………………………………………………………………………………

Civitanova Marche, ……………..

In fede.

Firma …………………………………………………………

Firma ………………………………………

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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 presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agliartt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO