**Allegato1**

Autorizzazioneallasomministrazione/autosomministrazionedifarmaciinorarioscolastico

**AlDirigenteScolastico**

**I.C. Carolei-Dipignano “Valentini”**

Il/La sottoscritto/a inqualità di

* Genitore\*
* Soggettocheesercita lapotestàgenitoriale

di......................................………………………………..........................natoa.............................il………….................efrequentantenell'annoscolastico2021/22ilplesso di……………………………classe...............

# CHIEDE

chesiasomministratoalminoresopraindicatoil/iseguente/ifarmaco/i,coerentementeallacertificazionemedicaallegata.

A talfine:

# AUTORIZZA

* **Ilpersonale**dell'Istituto,allasomministrazionedel/deifarmaco/isecondolemodalitàconcordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2,consapevole che l'operazione vienesvolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilitàcivilee penale derivanteda tale intervento.**
* **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, delfarmacosecondolemodalitàconcordateecertificatedalpersonalemediconell'allegato2

# Siallega:

* + **Certificazionesanitaria**rilasciatadalmedicocuranteodaaltrastrutturasanitaria
	+ **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa allasomministrazione/autosomministrazionedifarmaciinorarioscolastico

# Numeriditelefonoutili:MedicoCurante……………………………………………

**Genitori……………………………………………………**

# Carolei,…./..../.... Firma\* …………………………………………

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altrogenitoreesercitantelapatriapotestà.