

**Autorizzazione del genitore alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (All. 1).**

Alla Dirigente scolastica  
del Circolo Didattico "Leonardo Sciascia"  
Caltanissetta

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte di personale della scuola, in orario scolastico**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il.....

in qualità di Genitore Esercente la responsabilità genitoriale di  
..... nato a ..... il.....  
frequentante nell'a.s..... la Scuola dell'Infanzia plesso.....sez .....  
la Scuola Primaria classe .....

**CHIEDE**

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

.....

A tal fine

**AUTORIZZA**

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.**
- ✓ **Si fornisce** il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.

**Numeri di telefono utili:**

**medico curante:** .....

**genitori:** .....

.....

Caltanissetta, .....

In fede

Firma.....