|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE“Paride Del Pozzo” 🖂 Via S. Spirito, 6 - PIMONTE (NA) - C.A.P.: 80050 - 🕿*Tel*: 0818792130 - 🗎 *Fax*: 0818749957  *🖃 NAIC86400X@istruzione.it* - [*http://www.icsdelpozzo.gov.it*](http://www.icsdelpozzo.gov.it)  *PEC: NAIC86400X@pec.istruzione.it*  **C.MEC. NAIC86400X C.F. 82008870634** | logo |

**ALLEGATO 1**

Alla Dirigente Scolastica

dell’IC “Paride Del Pozzo” - Pimonte

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

□ genitori\* □ soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Cognome e Nome*)\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

□ la scuola secondaria di 1° grado classe\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_

□ la scuola Primaria plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_ sez. .\_\_\_\_\_

□ la scuola dell’Infanzia plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## CHIEDONO

□ che sia continuata a scuola la terapia prescritta al/alla proprio/a figlio/a dal Medico Curante o Centro di

riferimento con la somministrazione del/ dei farmaco/i, come prescritto dal medico nell’allegata

attestazione (All.2) e coerentemente con la certificazione medica che contestualmente si consegna

□ che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione Medica

A tal fine:

## AUTORIZZA

## *(sbarrare la modalità prevista)*

□ il personale adulto della scuola, al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni specifiche

né l’esercizio di discrezionalità tecnica, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità indicate

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 indicate dal personale medico nell'allegato 2.

## Si allegano:

## Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

## Attestazione del medico curante (All.2)

## Verbale di consegna del farmaco (All.3)

## Richiesta accesso ai locali (All.4)

## Numeri di telefono utili per immediata reperibilità:

Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eventuale Specialista ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

Firma\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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