

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto comprensivo  
Poggiali Spizzichino- Roma

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore \*
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....  
nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2020/21 il plesso  
..... classe.....

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, 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

**Numeri di telefono utili: Medico Curante** .....

**Genitori** .....

**Roma, .../.../....**

**Firma\*** .....

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