

## Allegato 1

Alla Dirigente Scolastica  
I Circolo Didattico "S. G. Bosco"  
Sestu

### Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
indirizzo: \_\_\_\_\_ in qualità di genitore o  
esercente la responsabilità genitoriale;

la sottoscritta \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
indirizzo: \_\_\_\_\_ in qualità di genitore o  
esercente la responsabilità genitoriale, dell'alunna/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante nell'A.S. 2019/20:

scuola primaria classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_  scuola infanzia sezione \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_

Preso atto del protocollo esistente in materia di somministrazione di farmaci a scuola;

Vista la patologia dell'alunno/a (indicare la patologia) \_\_\_\_\_ e  
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
prescrizione medica allegata, rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco alla/al propria/o figlia/o

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata (si allega copia documento):

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

di far intervenire il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2, consapevoli 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.

che il minore si autosomministri la terapia farmacologica

sotto la vigilanza del personale della scuola

vigilanza generica sull'avvenuta somministrazione del farmaco

Si allega:

Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione o autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: la/il sottoscritta/o, 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 scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Numeri di telefono utili:**

Medico curante: nome e cognome \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Telefono dei genitori: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Sestu, lì \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_