**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto ITET "L.SCIASCIA"

AGRIGENTO

Il /La sottoscritto/a………………………………………………………………………………in qualità di:

- Genitore \*

- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di......................................………………………………..........................nato a.............................il…………..............

e frequentante nell'anno scolastico 2022/23 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 ……………………………………………………**

**Agrigento, …./..../.... Firma\* . . . . . . . . .**

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