

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da conservare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. *Uditore Setti Carraro*  
Palermo

I sottoscritti..... in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) di.....nato/a .....a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_ ..... la classe.....

CHIEDONO

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

..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita.....

coerentemente alla certificazione medica allegata.

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

A tal fine, autorizzano:

- il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, 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
- 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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Pediatra di libera scelta/medico curante .....cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

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 .....

Palermo, \_\_/\_\_/\_\_

Firma/e dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

.....

**N.B. In caso di unica firma**

il/la sottoscritto/a dichiara di rilasciare dichiarazioni in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.