

**Allegato 1 Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo Calasanzio  
Milano

Il sottoscritto ..... , nato a.....(.....), il .....  
residente a ..... (.....), indirizzo:  
.....

nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

La sottoscritta ..... , nata a..... (.....), il .....  
residente a ..... (\_\_\_), indirizzo: ..... nella  
qualità di genitore (o chi ne fa le veci)

dell'alunno/a ..... nato a.....il.....e frequentante nell'anno  
scolastico 2020/21 la classe..... della sede di .....

**CHIEDE/ONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione  
medica allegata

.A tal fine:

**AUTORIZZA/ONO:**

- **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

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: Il sottoscritto, 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 .....

Genitori .....

....., .../.../....

Firma.....