

# ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico  
Dell'IC Piersanti Mattarella

I sottoscritti .....  
(indicare cognome e nome) .....

in qualità di

- Genitori
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale Tutore

Cognome alunno ..... Nome alunno .....

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

L' Istituto Comprensivo Piersanti Mattarella

classe..... sez. .... sede .....

## CHIEDONO

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

A tal fine:

## AUTORIZZANO

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato
- Accettano in ogni sua parte quanto riportato nella circolare "Protocollo per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico" prot n. 3830 del 10.10.2022

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante** .....

**Genitori e/o tutori** .....

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 200, 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"

**Data,** .....

**Firma** .....

**Firma** .....