

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. G.FALCONE
DI ACI CASTELLO**

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
SALVAVITADI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____

nato/a il _____ Luogo di nascita _____

frequentante il Plesso _____ classe _____ sezione _____

della scuola d'infanzia/primaria/secondaria _____

chiedono

la somministrazione di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata alla presente.

Autorizzano

contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia

Si Allegano i seguenti documenti:

- Certificato medico attestante la terapia farmacologica.
- Documenti d'identità di entrambi i genitori
- Modulo relativo alla somministrazione del farmaco e conservazione delle stesso.(Allegato n. 1)

Data _____

Firma del padre/tutore dell'allievo/a _____

Firma della madre/tutore dell'allievo/a _____

Firma del Dirigente scolastico
