

 Ministero dell’Istruzione, dell’Università’ e della Ricerca 

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI**

Via Cina, 4 – 00144 Roma

Distretto 20° - Ambito Territoriale Roma 6

**Scuola Polo per l’Inclusione Ambito RM6**

 Tel. 06/5298735 -Fax 06/5293200

 peo rmic8by00l@istruzione.it - pec rmic8by00l@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico RMIC8BY00L Sito: [www.icmatteoricci.edu.it](http://www.icmatteoricci.edu.it)

Codice fiscale 97389090586 Codice iPA istsc\_rmic8by00l Codice Univoco Ufficio UF9SCR

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. Matteo Ricci

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte del personale della scuola debitamente formato)**

I sottoscritti…………………….…………………e…………………..…………...………………in qualità di Genitori/Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell’alunno…………………………………..……………………nato a………………..………….. il………….………e frequentante nell’Anno Scolastico …………/………….la classe………. sezione………. sede di ………………………..,

**CHIEDONO**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, ……………………… coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: ……………………………….........................................................

A tal fine:

**AUTORIZZANO**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

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

Numeri di telefono utili:

Medico Curante ……………………………………………………………………………………………

Genitori …………………………………………………………………………………………………….

Altri soggetti istituzionali ………………………………………………………………………………….

Roma, ……………..

In fede.

Firma ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO