



ISTITUTO COMPRENSIVO III
C.F. 97028250781 - C.M. CSIC8AP00G
Via Nazionale, 139 - 87064CORIGLIANO - ROSSANO (CS)
tel. 0983/512939 - fax 0983/512442
e-mail:CSIC8AP00G@istruzione.it - pec:CSIC8AP00G@pec.istruzione.it
sito web www.comprendivo3rossano.edu.it

ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale
ROSSANO III
Corigliano-Rossano Area urbana di ROSSANO

Il /La sottoscritto/ain qualità di ☐ Genitore * ☐ Soggetto che
esercita la potestà genitoriale dell'alunno.....
nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2021/22 la Scuola
classe..... plesso.....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,.....
coerentemente alla certificazione medica allegata.
A tal fine:

AUTORIZZA

☐ **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico 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 auto-somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria con modalità di somministrazione

Nome e numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

DATA_____

Firma dei genitori

madre_____

padre_____