



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AIELLO DEL SABATO
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale

con sedi associate di CESINALI - CONTRADA - SAN MICHELE DI SERINO - SANTO STEFANO DEL SOLE

Via Croce, n.183020 Aiello del Sabato (AV) - tel. 0825-666033

cod. fiscale 92088160640 cod. meccanografico: AVIC88300E

e-mail: avic88300e@istruzione.it-avic88300e@pec.istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Di Aiello del Sabato**

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci salvavita (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a..... in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Di (Cognome).....(Nome).....

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

la Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di Primo Grado Plesso di _____

Classe Sezione.....

CHIEDE

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

A tal fine:

AUTORIZZA

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.....

Aiello del Sabato,.....

Firma.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AIELLO DEL SABATO
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale

con sedi associate di CESINALI - CONTRADA - SAN MICHELE DI SERINO - SANTO STEFANO DEL SOLE

Via Croce, n.183020 Aiello del Sabato (AV) - tel. 0825-666033

cod. fiscale 92088160640 cod. meccanografico: AVIC88300E

e-mail: avic88300e@istruzione.it-avic88300e@pec.istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale
di Aiello del Sabato (AV)**

Oggetto: Verbale per consegna medicinale.

Alunno/a.....

in data.....alle ore..... la/il Sig....

genitore dell'alunno/a,.....,

frequentante la classe sez.....della scuola.....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale,

.....da somministrare al bambino/a in caso di nella

dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata

alla presente, rilasciata *in data*.....dal dott.....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dai la somministrazione del farmaco stesso.
- o provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione **di** trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Aiello del Sabato,

il genitore/i

Le insegnanti
