|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTgquk1-KJnQN8_RPfOKYSNNEcBThgnhHs0fV0rjC9AJEaq-meRikje2A** |

***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della ricerca***

***ISTITUTO COMPRENSIVO 1° MONTESARCHIO***

**C.M. BNIC85400A - C.F.92057630623 - C.U.U.: UFPTSG**

**Pec:** **bnic85400a@pec.istruzione.it** **- Tel e fax: 0824-834145**

**Via G. Matteotti - 82016 MONTESARCHIO (BN)**

**Sito web:www.icprimomontesarchio.gov.it**

**Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale**

 Al Dirigente Scolastico dell’I.C.1 Montesarchio

I sottoscritti,

(Madre): Cognome Nome

(Padre): Cognome Nome

* Genitore □ Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome Nome nato il

frequentante la classe presso la scuola

di Via comune di ( ) anno scolastico /

### CHIEDE

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

A tal fine:

### SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

### AUTORIZZA

* + **Il** personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
	+ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01 Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico:

I Genitori:

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_