

Modello 1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Spresiano

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di farmaci per il trattamento d'urgenza.

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____
che frequenta la scuola ☐ primaria ☐ secondaria
di _____ sezione/classe _____

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da _____

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a _____

e che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco _____

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano a tal fine:

- ☐ Il certificato medico (**Modello 2**, compilato in ogni sua parte) attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;

Consegnano:

☐ Il farmaco per il trattamento d'urgenza;

☐ Altro _____

Si Impegnano a comunicare **tempestivamente** alla scuola ogni altra situazione rilevante rispetto alla patologia e/o alla somministrazione del farmaco.

Data _____

Firma di entrambi i genitori

**I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno soggetti alle normative vigenti sulla privacy.*