



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"GALILEO GALILEI"**

Via Al Bacco - 23823 - Colico (Lc)
Tel. 0341/930.482 - 940.198 - Fax 0341/940.198 - C.F. 83007780139
E-mail: lcic806008@istruzione.it - **Pec:** lcic806008@pec.istruzione.it
Sito: <https://galileicolico.edu.it/>

Ministero dell'Istruzione e
del Merito



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo di Colico
COLICO (LC)

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

iscritto/a per l'a.s. _____ alla classe _____

Preso atto della normativa relativa alla somministrazione di farmaci a scuola (Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25/11/2005: *Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico*; Nota MIUR protocollo n. 19593 del 13.09.2017);

Constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco prescritto, in circostanze di emergenza;

Consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;

Impegnandomi a fornire alla scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare la fornitura in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.

Impegnandomi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

RICHIEDE L'AUTORIZZAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE

allo/alla studente/studentessa di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. Delego, contestualmente, i sotto indicati componenti del personale scolastico, individuati dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione.

Allego prescrizione medica rilasciata da:

Dottor in data

Data _____

Firma _____