



**Istituto Comprensivo "E. De Amicis"**  
**Infanzia-Primaria-Scuola Secondaria I grado**

Via Roma 20 – 89039 Plati (RC) –  
Codice Fiscale: Cod. Miur: RCIC83700B Codice Fiscale:81001990803  
Tel: 0964-478088 – Sito [www.icdeamicis-plati.edu.it](http://www.icdeamicis-plati.edu.it)  
e- mail: [rcic83700b@istruzione.it](mailto:rcic83700b@istruzione.it) – [rcic83700b@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:rcic83700b@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. E. De Amicis Plati

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(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'Infanz Praria Secondaria

Classe ..... Sezione..... plesso.....

**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 conforme all'Allegato 3**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....Genitori.....**

Plati, .....

Firma .....