

Allegato 1

Autorizzazione all'assistenza infermieristica personalizzata in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- ☐ Genitore *
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

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

20.../... il plesso..... classe.....

CHIEDE

che sia autorizzato/a all'assistenza infermieristica personalizzata, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

☐ **Il personale dell'Istituto/il Familiare** (cancellare la voce che non interessa), all'assistenza infermieristica personalizzata secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

☐ **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria;
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Castel di Iudica,/..../....

Firma*

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro
genitore esercitante la patria potestà.