

AL DIRIGENTE SCOLASTICO**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I - TIVOLI CENTRO**

Via Acquaregna, 112 - 00019 Tivoli

I sottoscritti _____ (padre) _____ (madre)
genitori dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ e residente a _____
in via _____, frequentante la classe _____ sez. _____
della classe _____ sezione _____ della scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I

- ☐ Plesso Sandro Pertini
- ☐ Plesso Don Nello del Raso
- ☐ Plesso E. Segré
- ☐ Plesso Braschi

CHIEDONO

(barrare il riquadro di interesse)

- ☐ L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- ☐ La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- ☐ La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Tivoli, _____

Firma (padre) _____

Firma (madre) _____

VISTO☐ SI AUTORIZZA☐ NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Francesca CERRI

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco: