Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo di
Tolmezzo

OGGETTO: Autorizzazione somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
_____
_____

Genitori di _____ Scuola_____ classe____

DICHIARANO

Sulla base della documentazione sanitaria presentata alla scuola ove si richiede la somministrazione del farmaco_____ in caso di episodio grave legato alla patologia.
Il farmaco_____ è un farmaco salvavita.
I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico

Pertanto **SOLLEVANO**

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti e /o altro personale scolastico che effettua la somministrazione.
Inoltre autorizziamo il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Data Firma

_____
_____

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affido congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.