Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "CAROLI"
Via Vallini, 23 – 24040 Stezzano (BG)- Tel.035/591529 – Fax 035/592335
e-mail: bgic87900d@istruzione.it; bgic87900d@pec.istruzione.it
Codice meccanografico: BGIC87900D - Codice Fiscale: 95119270163

VERBALE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Autorizzazione all'auto somministrazione del farmaco a scuola

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ presso _____ (nome scuola),

DICHIARA

- di assumersi la piena responsabilità per la somministrazione autonoma del farmaco da parte dell'alunno/a durante l'orario scolastico;
- di aver fornito alla scuola tutte le informazioni necessarie relative al farmaco, alla posologia, agli orari e alle eventuali precauzioni da adottare;
- di assumersi la responsabilità del controllo della scadenza del farmaco fornito;
- di garantire che il farmaco sia correttamente conservato all'interno della cartella scolastica dell'alunno/a;
- di sollevare da ogni responsabilità l'istituto scolastico e il personale docente e non docente in merito a eventuali problemi derivanti dall'auto somministrazione del farmaco.

Il farmaco di cui si autorizza l'auto somministrazione è: _____

Posologia di somministrazione: _____

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore*_____ ; _____

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.