



**Istituto Comprensivo LODI I**

Via Paolo Gorini 15 – 26900 LODI – Tel. 0371/423116 – 0371/424653  
Codice Meccanografico LOIC81100D – Codice Fiscale 92559820151  
Email [loic81100d@istruzione.it](mailto:loic81100d@istruzione.it) – PEC [loic81100d@pec.istruzione.it](mailto:loic81100d@pec.istruzione.it)  
<http://www.iclodiprimo.edu.it>

Allegato 3

**Ai genitori dell'alunno/a**

**Al personale interessato**

**Agli atti**

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico/ autorizzazione del dirigente scolastico.**

**Vista** la richiesta della famiglia prot. n. \_\_\_\_\_ alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;  
**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare al personale qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico

**Si fornisce formale**

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente Scolastico in data \_\_\_\_\_ **autorizza** il personale scolastico in elenco

<b>Cognome e nome</b>	<b>Indicare se docente o ATA</b>	<b>Firma per disponibilità</b>

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

**Il Dirigente Scolastico**

Anna Maria Zecca