

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' IS "GALILEI - SANI" - LATINA**

I sottoscritti..... e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe..... nell'anno scolastico 20___/20___

Dichiarano

di essere a conoscenza che la somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico deve rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di discrezionalità tecnica nella somministrazione (ovvero il personale si atterrà scrupolosamente alle indicazioni del medico curante)
- è necessario che non sia richiesto il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario pertanto con la presente

delegano formalmente

il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, sollevandoli da ogni responsabilità.

Data lì, _____

Firma (padre).....

Firma (madre).....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. ssa Marina Palumbo