

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI /ESERCENTI LA RESPONSABILITA'  
GENITORIALE DEL/LA ALUNNO/A E DA CONSEGNARE  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia \_\_\_\_\_

Scuola primaria \_\_\_\_\_

Scuola secondaria I grado \_\_\_\_\_

I sottoscritti .....

genitori di .....

natoa \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ CFiscale|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ essendo il  
minore affetto da.....

## CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

sia/ no somministrato/ i a mio/ a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco

mio/ a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

