

Al Dirigente Scolastico

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la
potestà genitoriale.

Il/La sottoscritto/a

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

e Il/La sottoscritto/a

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome)

nato il a e frequentante nell'anno scolastico

...../..... la Scuola classe

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla
certificazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZANO

La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante
da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla
durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel
caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente
ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno
consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Data,

Firma

.....