

## Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Al Dirigente Scolastico della  
scuola

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_

di Via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) anno scolastico \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

A tal fine:

### SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

### AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01 Si

allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico: \_\_\_\_\_

I Genitori: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_