### MOD. 02

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_